

UNIVERSITÉ DE GAND.

Examen du doctorat spécial en sciences obstétricales
et gynécologiques.

AU SUJET DE L'ÉCLAMPSIE
ET DE SON TRAITEMENT.

Dissertation soutenue devant la Faculté de médecine en
séance publique du 23 décembre 1909

PAR

LE D^R FRANS DAELS.

ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ.



GAND

IMPRIMERIE G. EYLENBOSCH, RUE DU LAC, 16

1910.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

UNIVERSITÉ DE GAND.

Examen du doctorat spécial en sciences obstétricales
et gynécologiques.

AU SUJET DE L'ÉCLAMPSIE
ET DE SON TRAITEMENT.

Dissertation soutenue devant la Faculté de médecine en
séance publique du 23 décembre 1909

PAR

LE D^R FRANS DAELS.

ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ.



GAND

IMPRIMERIE G. EYLENBOSCH, RUE DU LAC, 16

—
1910.

La dissertation portant pour titre : « *Au sujet de l'éclampsie et de son traitement* », peut être livrée à l'impression.

Gand, ce 23 décembre 1909.

Le Secrétaire,
Dr H. DE STELLA.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
Dr E. EEMAN.

ART. 4 de l'arrêté ministériel du 10 mars 1894 : « La dissertation, comme condition d'admission aux épreuves subséquentes ne peut être publiée qu'avec l'autorisation de la Faculté. En aucun cas les opinions de l'auteur ne peuvent être considérées, par le fait de l'admission de son travail, comme étant celles de la Faculté ou de l'Université. »

Herrn Geheimrat

Professor D^r E. BUMM

DIREKTOR DER FRAUENKLINIK DER KGL. CHARITÉ IN BERLIN

in dankbarer Erinnerung an meine Volontärassistentz

ehrerbietigst gewidmet.

TABLE DES MATIÈRES.

	Pages.
INTRODUCTION.	7
Délivrance hâtive, accouchement forcé	7
Dührssen, Zweifel, Montuoro, Bossi, Bumm, Liepman, Seitz.	
Indication à l'accouchement forcé.	11
Dührssen, Zweifel, Bumm, Olshausen, Esch, Möhlmann.	
Technique : Procédés de dilatation du col utérin	15
Métréuryse	15
Dilatation mécanique	16
Incisions chirurgicales.	19
Incisions profondes	19
Césarienne vaginale	19
Dührssen, Bumm.	
Césarienne abdominale, délivrance supra-symphysaire, laparocolpo- hystérotomie	21
(polémique Dührssen, Léopold, Bossi)	22
ÉTUDE DE 336 CAS D'ÉCLAMPSIE	23
Généralités	24
Traitement	26
ÉCLAMPSIE POST-PARTUM	30
ÉCLAMPSIE ANTE- ET INTRA-PARTUM OÙ NE FUT POINT APPLIQUÉE LA CÉSARIENNE VAGINALE	32
Accouchements spontanés	34
Forceps au détroit inférieur	35
Forceps	38
Métréuryse	40
Métréuryse forcée	43
Version-extraction	44
Bossi	45
Incisions cervicales	47
CÉSARIENNE VAGINALE	48
Technique.	51
Conclusions	61
Lésions tardives	63
Valeur clinique	65
DIAZO-RÉACTION	71
ACCÈS ET ÉVOLUTION CLINIQUE.	77
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.	81
LITTÉRATURE.	90
TABLEAUX : Catégorie I	93
Catégorie II	103
Catégorie III	131
TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES DE L'AUTEUR	143

Au sujet de l'éclampsie et de son traitement.

L'étiologie de l'éclampsie n'est point élucidée. Aucune théorie, si étayée de faits qu'elle paraisse, ne peut se réclamer de la rigueur scientifique voulue. Le tableau clinique démontre les rapports évidents avec la grossesse et avec l'accouchement; les cas d'éclampsie post-partum, avec fœtus mort et macéré, avec môle hydatique nous prouvent que la relation n'est point simple.

L'intoxication éclamptique, dont le mécanisme nous échappe, peut s'extérioriser de façon directe ou indirecte par des symptômes nerveux, rénaux, respiratoires, cardiaques, thermiques sans qu'aucun d'entr'eux n'ait valeur pronosticale certaine.

Il est un fait connu que divers cas d'éclampsie et diverses « épidémies » d'éclampsie revêtent des allures très différentes.

Ce fût la cause du désarroi qui règne longtemps en matière de thérapie. Se basant sur l'ensemble des faits, on peut dire que jamais un traitement purement médical n'a fait ses preuves; on ne saurait nier au contraire l'influence nettement favorable de la délivrance hâtive.

En avançant pour des cas donnés d'éclampsie l'indication à la césarienne abdominale, Halbertsma (1) (1889) fut le premier à défendre sur ce domaine une intervention opératoire résolument active.

En 1890 déjà Dührssen (2) plaida pour la délivrance immédiate; il publia ses études fondamentales en 1892 et 1893 (3). Il démontra l'influence favorable qu'exerce la délivrance sur l'évolution de la maladie, il mit en évidence de façon toute spéciale l'importance de la narcose *profonde* au cours des interventions opératoires, ceci afin d'éviter toute excitation nerveuse, engendrant des convulsions nouvelles.

En intervenant de façon plus active, Zweifel (4) vit tomber la mortalité de 32,6 % (jusque 1892) à 15 % (1892-1895), 17 % (1895-1900) et 23,5 % (1900-1903). Durant ce dernier laps de temps la délivrance ne fût plus pratiquée de façon si hâtive.

Ces dernières observations démontrent que si J. Veit soutint au congrès international de 1896 qu'il n'est point démontré que l'intervention obstétricale active peut améliorer le pronostic de l'éclampsie, il lui fallut pour soutenir cette thèse faire abstraction de faits acquis et publiés.

Au congrès allemand de 1901 la thèse de la délivrance hâtive fut admise de façon générale, avec la restriction toutefois d'épargner à la mère de grandes lésions; si les interventions opératoires plus étendues trouvèrent ici et là un faible écho, ce fut surtout dans une foule de menus faits expérimentaux que se perdit, la discussion de la « maladie des théories » (Fehling).

Au sujet de la mortalité maternelle Montuoro mit en évidence la statistique suivante :

Traitement obstétrical négatif		Intervention active		Intervention très active (accouchement forcé)	
AUTEURS	Mortalité maternelle	AUTEURS	Mortalité maternelle	AUTEURS	Mortalité maternelle
	‰		‰		‰
Champetier de Ribes	45	Olshäusen	25	Dührssen-Güsserow	21
Tarnier	22	Dohrn	29	Chrobak	14.8
Maygrier	37.5	Goldberg	24.7	Rhostorn	4.5
Gueniot	30.41	Cuzzi-Mangiagalli clin. de Pavie	24	Zweifel (1892-1896)	15
Bar	37.77	Zweifel	32.6	Glockner (clin. de Zweifel 1896-1901)	15.49
Kerr	37.5	Inverardi	31.2	Bretschneider (clin. de Zweifel 1901)	34
Michel	31.97	Baskin	21.43	Inverardi	10
		Moran	25	Villa	14.81
		Bidder	17	Von Braitenberg	8.6
		Santos	28.3	Clin. de Milan	18.45
		Geuer	24	Bossi-De Paoli	6.45
		Krummacher	33.6		
		Tschernomordik	29.91		
		Negri	13.33		
Moyenne de la mortalité	34.66	Moyenne de la mortalité	25.21	Moyenne de la mortalité	14.82

Au sujet de la mortalité fœtale il rappelle des résultats du traitement médical expectatif, mortalités de 57 ‰ (Kerr), 55 ‰ (Bar), 81 ‰ (Maygrier); il les compare aux résultats du traitement actif, mortalités de 29 ‰ (Geuer), 34,1 ‰ (Tschernomordik), 23 ‰ (Negri), 28,4 ‰ (clin. de Milan), 13 ‰ (Cuzzi-Mangiagalli), 16 ‰ (Bossi de Paoli), 14,9 ‰ (von Braitenberg).

En 1903 Bumm (6) souligna les avantages de la délivrance immédiate en exposant ses données personnelles en la matière. Le traitement au moyen des narcotiques et des anesthésiques sans délivrance hâtive ou immédiate lui avait donné :

15 décès sur 47 cas, 30 ‰ de mortalité;

le traitement au moyen des narcotiques combinés à la saignée, la diaphorèse et les infusions d'eau physiologique :

13 décès sur 43 cas, 30 ‰ de mortalité;

le traitement au moyen de la délivrance hâtive ou immédiate :
3 décès sur 25 cas, 8 % de mortalité,
(en faisant abstraction d'une mort par pneumonie après la
disparition des accès).

Les résultats de la délivrance immédiate pratiquée dans
les cas d'éclampsie sous la direction du Prof. Bumm aux
cliniques de Halle et de Berlin furent communiqués par le
Dr Liepmann (7) en 1905. Il relate pour 79 cas une mortalité
de 2,5 % (en comptant les cas de pneumonie par aspiration).
Il est vrai que la statistique était purgée de tous les cas
d'éclampsie post-partum et de tous les cas entrés à la clinique
plus de 6 heures après le premier accès, mais comme il
s'agissait dans le cas de rechercher les effets de la délivrance
immédiate, c'est bien aux cas où pareille dénomination était
applicable qu'il fallait s'en tenir. Son calcul était donc
absolument correct (7') (7'').

Dans les derniers temps Seitz (8) (1909) se basa sur
l'ensemble des résultats de Zweifel, Glöckner, Esch (clinique
de Olshausen), Bumm et sur ceux de la clinique de Munich
pour formuler que la mortalité des cas d'éclampsie se trouve
être :

avec une thérapeutique qu'il dénomme expectative de	28 %
avec la délivrance rapide	de 17 %
avec la délivrance immédiate	de 6,5 %

Une fois sur le domaine de la délivrance hâtive-immédiate,
ce ne sont évidemment pas les simples cas à Kristeller, à
forceps, à extraction simple ou à extraction après version qui
soient sujets à discussion, ce sont les cas dans lesquels au
cours de la seconde moitié de la grossesse ou au cours de
l'accouchement l'indication à la délivrance hâtive se pose alors
que les parties molles du segment inférieur de la matrice ne
sont point ou ne sont qu'insuffisamment préparées pour l'ex-
traction du fœtus, les cas où une intervention plus compliquée
s'impose pour lever rapidement l'obstacle à la délivrance et où
la délivrance immédiate devient de ce chef l'accouchement
forcé.

INDICATION A L'ACCOUCHEMENT FORCÉ. — Parmi les partisans de la délivrance hâtive, l'indication à l'accouchement forcé se trouve être envisagée de façon différente, les uns l'admettant comme posée dans tous les cas d'éclampsie où la délivrance ne se laisse point réaliser par une autre voie dans un court espace de temps (c. a. Dührssen, Zweifel, Bumm) les autres réquérant comme indication un trouble profond de l'état général (Olshausen).

Esch (clinique de Olshausen) a énoncé comme base de la thérapeutique :

Délivrer aussitôt lorsqu'il y a moyen de délivrer par forceps, version ou cranioclasie (enfant mort). Délivrer aussitôt lorsque l'état général est profondément atteint, lorsqu'existe un coma profond, une respiration ronflante, un pouls petit et accéléré, une élévation de la température. Essayer également de sauver par la délivrance immédiate les malades avec coma profond non précédé de convulsions, avec ictère et hémoglobinurie ainsi que les affaiblies par un grand nombre d'accès. En plus grand danger se trouvent encore les primipares âgées, les malades avec albuminurie prononcée et abondance d'éléments figurés organiques; elles sont à délivrer plus rapidement que d'autres femmes dans des conditions analogues. Par contre il est indiqué d'attendre dans tous les cas où le travail n'est pas encore ou à peine commencé et où l'état général est bon (conscience libre ou à peine troublée, respiration libre, bon état du pouls). Mais apparaît-il lentement même sans nouvel accès un trouble de l'état général, ou les accès se multiplient-ils ou survient-il un accès violent, il faut aussitôt délivrer.

Pareille conduite est dictée par l'idée de mesurer à chaque instant ce qui constitue pour la femme le plus grand danger, l'éclampsie ou l'opération que nécessite la délivrance et comme opérations dangereuses il considère : la césarienne vaginale, la dilatation d'après Bossi, les incisions cervicales suivies de haut-forceps.

Dans les cas où la situation clinique permettrait l'attente, le traitement expectatif est donc appliqué, mais appliqué de façon toute relative, on délivre dès qu'il y a moyen de délivrer sans devoir recourir aux grandes interventions.

Pour une période où sur 145 cas il fut pratiqué 10 fois de petites incisions cervicales et 14 fois des incisions profondes, il trouve une mortalité de 27,8 %.

Pour une autre période à intervention plus active où sur 101 cas il fut pratiqué 1 fois de petites incisions cervicales, 23 fois des incisions profondes et 12 fois la césarienne vaginale il constate une mortalité de 19,8 %.

Möhlman (10) publia l'année dernière une statistique des 104 cas d'éclampsie traités d'après ces principes à la clinique de Olshausen en 1906 et 1907. Il nous fournit les données suivantes :

LA DÉLIVRANCE S'EFFECTUA	de façon spontanée	après forceps ou version	après incision du col, ultérieu- rement forceps, version ou per- foration.	par Bossi	par césarienne vaginale	césarienne classique	Mortalité %
Après 1 accès	1	7	—	—	—	—	} 5.3
Après 2 accès	1	3	1	—	—	1	
Après 3 accès	1	2	2	—	—	—	
Après 4 accès	—	4	3	3	—	—	} 8.8
Après 5 accès	3	5	1	4	—	—	
Après 6 accès	2	3	4	2	—	—	
Après 7 accès	1	1	5	5	1	—	} 17.9
Après 8 accès	—	1	2	3	1	—	
Après 9 accès	—	—	1	4	2	1	
Après 10 et plus d'accès	1	3	8	8	3	—	30.4
Somme	10	29	27	29	7	2	15.4

La conclusion capitale de ces données saute aux yeux,

Möhlmann en est conscient, il justifie son point de vue de la façon suivante :

« Envisage-t-on le résultat final, il s'en dégage le fait »
» connu que l'issue est d'autant plus favorable qu'un nombre »
» moindre d'accès ont précédé et il s'en suit la conclusion »
» immédiate, qui de façon générale s'applique également pour »
» nous : la délivrance hâtive est le meilleur traitement de »
» l'éclampsie. D'autre part on peut aussi conclure : les »
» éclampsies, où le nombre d'accès est réduit, sont légères, »
» elles ne réquièrent pas de façon formelle la délivrance »
» immédiate, car, ainsi que nous venons de le montrer, nous »
» avons précisément attendu dans les cas qui sont entrés à la »
» clinique après un nombre réduit d'accès et ainsi que le »
» tableau le prouve, pour les cas délivrés après les premiers »
» accès, prédomine l'accouchement spontané, le forceps ou la »
» version, tandis qu'avec l'augmentation du nombre des accès »
» les interventions opératoires plus étendues viennent à l'avant- »
» plan. »

De tout ceci nous retenons :

Avec le nombre des accès le pronostic devient plus mauvais au point de vue vital.

La conclusion directe nous semble être l'indication *en tout cas* à la délivrance hâtive si pas immédiate dès les premiers accès, à moins qu'on ne puisse pronostiquer avec une certitude suffisante l'évolution des cas, mais à ce point de vue l'éclampsie demeure « une maladie à surprises et à surprises le plus souvent désagréables » (Tarnier).

Si Möhlmann met en évidence que des 21 cas entrés à la clinique après 1, 2 ou 3 accès et traités par la méthode expectative modifiée, il n'en a perdu aucun, nous recherchons aussitôt, en présence de ce résultat remarquable, comment se sont comportés non point les cas où la nature était en pleine voie de préparer, de terminer la délivrance, mais les cas à col maintenu et fermé ; voilà le domaine qui nous intéresse en tout premier lieu.

Or, à col maintenu et fermé n'étaient que 2 cas; chez l'un (II) on a pratiqué après 9 heures d'attente les incisions du col suivies d'extraction et de perforation, chez l'autre, cas exception (IV), les accès (observés à l'extérieur) ne se sont plus répétés et la patiente a accouché après 12 jours d'un fœtus macéré.

Nous croyons traduire une simple constatation de fait en énonçant que cette statistique de Möhlmann porte à faux de par la forte prédominance dans le chiffre peu élevé des cas qu'elle relate, de cas à importance accessoire et de par le manque presque complet des cas les plus importants. Et si pareils cas ne sont pas entrés à la clinique après 1,2 ou 3 accès mais plus tard et dans un état général tel que dans la grande majorité des cas (11 fois sur 13) on dût avoir recours aux interventions opératoires dangereuses à un moment où l'attente n'avait fait qu'aggraver la situation générale par une intoxication plus prononcée de la malade, nous en voyons surtout la cause dans un traitement relativement expectatif.

Si les divergences d'opinion que nous venons de signaler au sujet de l'indication à l'accouchement forcé ne sont à un certain point de vue que d'importance secondaire puisqu'elles laissent intact le principe de la délivrance immédiate dans les cas d'intoxication avancée, il n'en est point de même sur le domaine de la technique de l'accouchement forcé. Ici des opinions absolument contradictoires se sont fait jour.

TECHNIQUE. — L'étude comparative de Montuoro sur la césarienne et la dilatation forcée fut suivie, comme elle avait été précédée, de polémiques violentes au sujet de la délivrance immédiate. Malgré le grand matériel sur lequel elle s'appuyait elle venait trop tôt pour émettre un jugement décisif sur les divers procédés d'accouchement forcé en particulier sur la césarienne vaginale.

Nous espérons par cette dissertation apporter une contribution à la question. Conformément au travail qui se trouvait indiqué en la matière, cette dissertation est surtout un exposé

de faits, dans sa partie la plus importante l'exposé des résultats du traitement de l'éclampsie à la clinique obstétricale de la Charité depuis que le Prof. Bumm en a pris la direction. L'étude porte sur une période de 5 ans, d'Avril 1904 à Avril 1909. Elle embrasse un ensemble de 336 cas.

Au Prof. Bumm, notre maître, qui voulut bien nous donner comme sujet de cette dissertation l'étude d'un matériel si riche, nous nous permettons de présenter l'hommage de nos sentiments de respectueuse gratitude.

Procédés de dilatation du col utérin.

L'accouchement forcé ayant été au cours de cette décade domaine de discussion par excellence, nous voulons avant de passer à l'exposé des faits et pour mieux nous orienter sur leur valeur respective retracer quelques dates et faits saillants de l'histoire obstétricale et des controverses récentes.

Parmi les divers moyens qui furent utilisés jusqu'à ce jour pour provoquer la dilatation du col utérin au cours de la seconde moitié de la grossesse et au cours de l'accouchement, trois procédés doivent fixer notre attention de façon spéciale. Ce sont les procédés de dilatation par ballon, par instrument métallique et par incision chirurgicale.

METREURYSE. — Les grands noms qui s'attachent à l'introduction des ballons en obstétrique sont ceux de Braun (1851), Tarnier (1862), Barnes (1862), Schauta (1883), Maurer (1887). C'est à Champetier de Ribes (1888) que revient l'honneur d'avoir fait faire par la construction de son ballon non élastique un pas décisif au procédé de métreuryse et de lui avoir conquis le droit de cité sur le domaine obstétrical. Boissard (1894) modifia le ballon de Champetier en rendant concave la base du cône. Lucas (1897) modifia de la même façon le ballon de Barnes. Bauer et Dutzmann combinèrent au ballon des appareils servant à injecter de l'eau physiologique dans la cavité utérine (12).

En Allemagne ce furent surtout les travaux de Dührssen (1894) (13), Muller (1896) (14) et Biermer (l. c. 12) qui prirent la défense de l'application des ballons en obstétrique et lancèrent le procédé dans la pratique courante.

Durant les années qui suivirent une foule de travaux vinrent relater

les résultats obtenus au moyen de la mètreuryse. Tous (à l'exception de Kleinwächter (15)) mirent en évidence les avantages du procédé dans les cas d'accouchement prématuré, de placenta prævia, de col insuffisamment dilaté avec indication à la délivrance hâtive. Nous ne voulons point analyser ici ces multiples travaux dont les données (cfr. N° 12) ont été confirmées dans la suite. Dès le début on reconnut à la mètreuryse le grand avantage d'imiter les processus naturels, d'agir de façon physiologique. Egalement dès le début on signala comme inconvenient de la méthode que dans les cas de tête fixée elle n'est point applicable et que dans les autres cas la partie fœtale, qui se présente se trouve être refoulée par le ballon. A peine la méthode était-elle en voie de conquérir sur le domaine de la pratique la place prépondérante qui semblait lui revenir, que deux procédés nouveaux lui firent la concurrence. Les procédés de dilatation par instrument métallique et par incision chirurgicale vinrent permettre au praticien de lever plus sûrement et plus promptement l'obstacle à la délivrance.

DILATATION MÉCANIQUE. — Sur le domaine de la dilatation mécanique du col le dilateur de Bossi (1891) (16) vint apparemment rendre au procédé le service qu'avait rendu à la mètreuryse le ballon de Champetier. Au sujet de l'application et du maniement de l'instrument Bossi et son élève Montucro ont déterminé les indications de la façon la plus nette et la plus détaillée. Au point de vue de la dilatation elle-même ils mettent en évidence de façon toute particulière le conseil de laisser passer avant chaque nouveau tour de vis c-à-d avant chaque augmentation de l'écartement des branches une ou plusieurs contractions utérines; elles sont plus au moins provoquées par ces tours de vis eux mêmes, l'écartement des branches amenant une tension plus forte des parois du col utérin. Il ne se laisse déterminer à ce sujet aucune règle fixe. Il est un fait qu'à la suite de la dilatation surgissent de façon générale des douleurs; plus on laisse pareilles douleurs concourir à la dilatation, moins celle-ci sera brutale et forcée. L'opérateur doit se comporter dans chaque cas particulier suivant les indications particulières pour la mère et pour l'enfant. L'extraction de l'enfant par forceps ou après version, doit suivre aussitôt la dilatation vu que le col présente une forte tendance à se rétracter. Les avantages de la méthode seraient les suivants :

Elle est d'un effet certain, même dans les cas où chez la primipare le col ne s'est pas encore effacé.

Son action est rapide, puisqu'elle amène la dilatation complète du col en environ 30 minutes.

Sur la dilatation par la main ou par le ballon elle a l'avantage que l'instrument peut être mieux stérilisé.

Avec l'application de la méthode comme il a été prescrit la dilatation se produit en vertu de lois physiologiques.

En outre la méthode est simple, facile, et à la portée de tout médecin praticien qui souvent ne dispose point d'un assistant.

Les dangers qu'on a imputé à la méthode, déchirure du col en partie jusque dans les paramètres sont les résultats du manque de technique ou le fait d'instruments autres que celui de Bossi et ne possédant pas les qualités voulues.

Montucro met au sujet du traitement de l'éclampsie la statistique suivante en évidence :

MODE D'INTERVENTION	NOMBRE DE CAS	MÈRES MORTES	MORTALITÉ MATERNELLE	MORTALITÉ FŒTALE
Bossi.	114	12	10.5 0/0	26.4 0/0
Dührssen	—	—	21.99 0/0	—
Bonnaire	13	3	21.07 0/0	41.97 0/0
Césarienne vaginale	18	5	27.7 0/0	50 0/0
Césarienne classique	72	41	56.9 0/0	37.5 0/0

Les indications aux premières et aux dernières interventions étant suivant la grande majorité des auteurs, non seulement différentes, mais même contradictoires la comparaison des résultats ne saurait rien prouver en faveur des procédés opératoires correspondants.

Se basant sur des expériences étendues faites à la clinique obstétricale de Dresde, Léopold (17) souscrivit de façon générale aux conclusions de Montucro-Bossi, et plaida pour l'instrument au 11^e congrès de la société allemande de gynécologie (Kiel 1904). Il souligna toutefois les difficultés de l'opération dans les cas de col non effacé; il ne la pratique dans ces conditions que dans des cas des plus urgents et très rares. A son avis la méthode présentera toujours des difficultés dans les cas de primipares âgées et de col rigide ou cicatriciel. Ici on utilisera de préférence la métreuryse. Au sujet des résultats plus lointains, l'application du forceps suivant la dilatation a le meilleur pronostic pour la mère et pour l'enfant, tandis que la version et l'extraction non seulement mettent en danger la vie fœtale, mais peuvent encore amener pour la mère des lésions nombreuses et étendues. Lorsqu'on se trouve dans la nécessité de pratiquer cette extraction on peut amener à l'extérieur un pied et laisser aux contractions utérines l'expulsion du fœtus, manœuvre qui entraîne d'habitude la sacrifice de l'enfant. On peut aussi après dilatation complète avoir recours à la métreuryse. Les cas les plus appropriés pour la dilatation forcée au moyen du Bossi sont les cas de primipares avec col effacé, orifice externe à peine ouvert et tête plus ou moins profondément engagée; ce serait surtout le cas dans l'éclampsie. Au contraire dans les cas où chez la primipare une portion assez épaisse ou la totalité du col est maintenue, le Bossi peut amener de graves lésions. Dans ce cas il vaut mieux se servir du métreuryntre pour dilater le col. S'agit-il de pluripares

chez qui l'orifice externe est ouvert et l'orifice interne aisément dilatable, il n'y a point de contr'indication à l'emploi du Bossi.

Dans ses conclusions Léopold énonce que dans des cas non urgents le meilleur procédé de dilatation artificielle du col au cours de l'accouchement est la métreuryse, que dans des cas de haute urgence on aura recours au Bossi qui sera en pareilles circonstances de la plus grande utilité.

Les conclusions de Schaeffer, Hannes, Burger à ce même congrès plaident pour la métreuryse en mettant en évidence son mode d'action physiologique. Elle permet le maintien de la poche des eaux (Hannes) et la version que rend souvent nécessaire le refoulement de la tête fœtale se trouve dans de nombreux cas indiquée pour d'autres motifs. (Burger).

Dans les cas de v. Bardeleben de Berlin la dilatation de l'orifice externe jusque 10 cm. de diamètre après effacement du col comportait avec le ballon de Champetier 30 minutes (14 cas) avec le dilatateur de Bossi 28 minutes (7 cas). Dans les cas de col maintenu la durée de l'effacement et de la dilatation fût des plus variables, de 8 minutes à 1 heure et demie. Cette durée dépend surtout de la résistance plus ou moins grande qu'offrent les tissus. Dans ses 3 cas de col non effacé le dilatateur de Bossi amena des lésions étendues. Dans les cas où celles-ci furent absentes, la forte tendance à la constriction spastique de l'orifice utérin fût cause que dans 4 cas sur 6 l'extraction fœtale provoqua une déchirure du col jusqu'à la voûte vaginale. Pareil spasme ne fût point observé dans les cas de dilatation par ballon. Le fait est dû à ce que dans ce dernier cas on imite les processus physiologiques en agissant de façon égale sur le segment inférieur de la matrice et en l'étirant en cône vers le bas.

L. Meyer, Zangemeister, Pfannenstiel, Fehling, Veit exposèrent leur opinion au sujet des lésions provoquées par la dilatation mécanique et des avantages de la métreuryse, Henricius et v. Herf plaident pour l'application dans les cas d'urgence relative de l'écarteur Tarnier.

Les opinions émises au cours de cette discussion se basaient sans aucun doute sur des observations des plus nombreuses. L'idée qui domine au point de vue du médecin praticien est l'emploi le plus étendu possible de la métreuryse; dans les cas de col non effacé, l'hystérotomie ou la métreuryse, pas le Bossi; dans les cas de col effacé la version et l'extraction, la métreuryse aussi longtemps qu'il n'y a pas urgence immédiate, qu'on peut disposer de 1-2 heures (Veit), dans les autres cas le Bossi avec maniement prudent, dilatation lente (50-60 minutes Poter). Le Bossi amène souvent des lésions étendues imputables au mécanisme d'action anti-physiologique.

Les publications de Léopold, Rissman, Wagner, Bisschof, Knapp, Lederer, Ostrcil, Keller, Kaiser, Langhoff et Frommer (18) fournirent à Dührssen les éléments d'une attaque véhémement contre Bossi, accusant son instrument de provoquer des déchirures qu'il serait de loin préférable de remplacer par l'incision chirurgicale. Bossi (19) objecta à son tour le danger des incisions profondes de Dührssen dans la pratique courante et soutint

que son instrument était capable de provoquer la dilatation complète du col en 10 minutes si le cas l'exigeait. Pourtant la littérature avait déjà relaté dans une foule de cas des lésions plus ou moins graves, des déchirures et des dilacérations amenées de façon directe ou indirecte par le procédé de dilatation mécanique forcée. Dans le résumé qu'il fit de cette littérature Hartz (1. c. N° 12) souligne de façon très judicieuse le fait que beaucoup d'auteurs ont conclu à une dilatation idéale au moyen du Bossi et à l'absence de déchirures du chef de l'absence d'hémorragie, déduction fautive puisque cette dilatation forcée doit provoquer des plaies contuses qui peuvent être très profondes, sans donner lieu à une hémorragie notable. Le danger d'infection n'en existe pas moins et les troubles consécutifs à la formation de tissu cicatriciel peuvent être très prononcés.

INCISION CHIRURGICALE. — Les incisions chirurgicales qui dans les cas de haute urgence permettent la délivrance pour ainsi dire immédiate sont dans les cas de col effacé les incisions cervicales profondes de Dührssen (20), dans les cas de col maintenu la césarienne vaginale de Dührssen (21).

INCISION PROFONDE DU COL. — Les incisions cervicales profondes (20) ouvrent dans les cas de col effacé la voie au fœtus qu'on extrait aussitôt. Ces incisions peuvent toutefois donner lieu à de fortes hémorragies (Zweifel) (22) et à des déchirures plus lointaines (Gemer) (23), (Hofmeier) (24). Elles sont d'après Dührssen lui-même contr'indiquées dans les cas où le col est maintenu. En lieu et place surgit alors une opération de portée bien plus grande sur le domaine obstétrical et dont l'étude constitue au point de vue du traitement de l'éclampsie le sujet principal de cette dissertation.

CÉSARIENNE VAGINALE. — Les procédés de myotomie vaginale de Czerny (25) et de Doyen (26), Veit (27) amenèrent Dührssen à l'idée de pratiquer par la voie vaginale extra-péritonéale l'incision simultanée du col et de la paroi du corps utérin au cours de la grossesse ou au cours de l'accouchement. Ce procédé nouveau permettait de terminer ou d'effectuer tout accouchement de façon extra-péritonéale en l'espace de quelques minutes — pour autant qu'il ne s'agisse point de rétrécissement marqué du bassin —. Il fut baptisé du nom de césarienne vaginale. En 1895 Dührssen indiqua l'opération (28), en janvier 1896 il la recommanda avec plus de précision (29), pour la décrire de façon détaillée après avoir eu l'occasion de l'exécuter lui-même dans un cas de distocie après vagino-fixation.

La technique peut se résumer comme suit :

Après les soins de désinfection habituels on pratique si l'on ne peut introduire avec aisance la main tout entière dans le vagin, une incision périnéenne ou vagino-périnéenne telle que Dührssen la recommanda en 1891 (30) et telle qu'elle fût publiée d'autre source trois ans plus tard sous le nom de méthode de Schuchardt (31). Aussitôt après l'incision on lie les vaisseaux qui donnent. Le col est accroché latéralement au moyen de deux pinces à griffes. Deux autres pinces prennent le cul-de-sac

vaginal antérieur et postérieur. L'écartement de ces deux pinces doit être, si l'on suppose la courbure du cul-de-sac étalée d'environ 16 cm. C'est entre ces deux points qu'on mène une incision sagittale dans la paroi vaginale. On décolle les parois vaginales du péritoine du Douglas et de la vessie, on met à nu les parois utérines antérieures et postérieures, puis on pratique la section des parois cervicales postérieure et antérieure jusqu'au dessus de l'orifice interne du col. On détache les pinces. Si le fœtus se présente par la tête on fait la version. Suit l'extraction. Après la version on donne une injection d'ergotine. Après l'extraction on exprime aussitôt le placenta. On accroche à nouveau le col. L'hémorragie hors de l'incision utérine est-elle forte, on en pratique aussitôt la suture au catgut. L'hémorragie est-elle minime, on tamponne d'abord l'utérus puis on suture les incisions utérine et vaginale; le tampon utérin maintient le canal cervical perméable aux lochies. Dans des cas douteux au point de vue de l'asepsie on peut drainer l'espace ante-et retro-cervical. Des déchirures péritonéales survenant au cours de l'opération sont aussitôt suturées.

Dührssen recommanda l'opération dans les cas suivants :

Anormités du col et du segment inférieur de la matrice,

Nécessité de la délivrance hâtive du chef de l'état de la mère ;
maladie des poumons, du cœur, des reins, éclampsie, décollement prématuré du placenta,

Mort imminente de la mère portant un fœtus viable.

Vers la même époque Rühl (32) recommanda dans des cas de troubles distociques après vagino-fixation, l'incision simultanée de la paroi vaginale et cervicale. De ce chef il revendiqua plus tard la priorité au sujet de la césarienne vaginale. Il est toutefois à remarquer que le trait dominant de cette dernière opération est le décollement de la vessie, et l'incision de la paroi utérine sous le contrôle de la vue.

La méthode de Dührssen fut appliquée dans des cas de rétention placentaire avec col rigide et tenace (33) dans des cas d'éclampsie (33') (33'') dans des cas de placenta prævia (33''). Elle entra bientôt dans la pratique clinique.

D'autres auteurs (Olshausen, Winter, etc.) s'étaient déjà de façon pour ainsi dire fortuite limités à l'incision utérine antérieure lorsque Bumm se basant sur une expérience étendue, l'établit en méthode pour tous les cas où il ne s'agit point de cancer.

La technique de l'hystérotomie antérieure de Bumm est simple : après avoir incisé sur une longueur de 5-7 cm. de façon sagittale la muqueuse du cul-de-sac vaginal antérieur jusqu'à la lèvre du col, on décolle la vessie et on la refoule au moyen d'un tampon jusqu'au dessus de l'orifice interne du col utérin. On incise le col sur la ligne médiane. Méthodiquement on amène au moyen de pinces à griffes la paroi utérine sous le contrôle de la vue et on incise sur la ligne médiane en évitant d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal antérieur. On incise la paroi antérieure du

col et de l'utérus sur une longueur de 8-12 cm. Suit s'il y a lieu la version, en tout cas l'extraction. On attend autant que possible le décollement du placenta avant de procéder à son expression, afin de favoriser une bonne contraction de l'organe et d'éviter le tamponnement utérin. On suture les parois utérine et vaginale.

Quelques polémiques vinrent se greffer sur les premières publications relatives à la césarienne vaginale.

Rühl (35) et Hammerschlag (36) se rangèrent à l'opinion de Bumm et recommandèrent en opposition avec Dührssen d'éviter dans la mesure du possible le tamponnement utérin, Rühl conseilla de dilater rapidement et légèrement le col avant l'opération afin d'assurer ultérieurement un écoulement régulier des liquides lochiaux.

La publication par Westphal (37) de son cas de césarienne vaginale pour éclampsie donna lieu à une critique forcée de la part de Ahlfeld (38). Westphal signala le manque d'objectivité des arguments avancés.

CÉSARIENNE ABDOMINALE. — Avant que Dührssen eût publié la technique de sa césarienne vaginale Halbertsma⁽¹⁾ avait recommandé dans les cas d'éclampsie grave et où la délivrance rapide par les voies naturelles n'était point possible, la césarienne abdominale. Nous avons déjà relaté le fait.

Aujourd'hui la césarienne abdominale n'entre en ligne de compte, et encore, que pour les cas de rétrécissement marqué du bassin, aussi dans des circonstances où un tœdème ou une obésité prononcée rend l'exécution de la césarienne vaginale des plus difficiles ou impossible.

De façon générale on peut dire que la césarienne abdominale est plutôt contr'indiquée dans les cas d'éclampsie. De fait les résultats qu'elle a fourni ont été mauvais. L'ensemble des expériences cliniques menées durant 15 ans ont fourni le résultat que la mortalité maternelle oscille entre 45 et 55 % (Montucro p. 195). La seconde statistique de Montucro donna 56,9 %. La mortalité fœtale directe était pour ces mêmes expériences cliniques de 37,5 %. Les raisons de cette haute mortalité sautent aux yeux. On pratique sur une malade en pleine intoxication et délire, où chaque irritation peut provoquer un accès une opération intra-péritonéale étendue, nécessitant une préparation soignée, mettant de larges plaies opératoires qui seront ultérieurement exposées aux traumatismes les plus violents. L'imperméabilité du canal cervical amène d'autre part de nouveaux dangers d'intoxication. La simple comparaison « théorique » avec la césarienne vaginale met en évidence les avantages de cette dernière intervention et restreint « a priori » la césarienne abdominale aux cas indiqués.

DÉLIVRANCE SUPRA-SYMPHYSAIRE. — Au cours de l'année dernière on communiqua les résultats d'une nouvelle méthode de délivrance par opération extra-péritonéale; nous voulons désigner la délivrance supra-symphysaire d'après Frank. En théorie l'opération est des plus simples. En pratique les premières expériences de Sellheim⁽⁴¹⁾, Veit⁽⁴²⁾,

Pfannenstiel (43), Baumm (44) et Spaeth (45), démontrèrent qu'il est impossible dans nombre de cas de s'en tenir à la voie extra-péritonéale. Bien que conservant des avantages marqués sur la césarienne abdominale, l'opération n'en devient pas moins plus compliquée. De façon générale on peut avancer les considérations suivantes : L'opération de Frank est d'autant plus facile que le bassin est plus étroit, que sans qu'il y ait engagement de la tête les douleurs ont mieux préparé le terrain, que le segment inférieur de la matrice est plus distendu ; d'autre part les plaies profondes de la césarienne vaginale sont plus à l'abri des traumatismes que les plaies des parois abdominales. Il en ressort aussitôt la conclusion que parmi les cas d'éclampsie nécessitant de façon indiscutable l'intervention opératoire il ne s'en présentera que de très rares qui constituent pour la délivrance supra-symphysaire des cas franchement favorables.

LAPARO-COLPO-HYSTÉROTOMIE. — Plus sûrement extra-péritonéale ainsi qu'applicable au moment librement choisi se trouve être la laparocolpo-hystérotomie de Dührssen (46) — Solms (47). La combinaison de l'incision dans le flanc avec la césarienne vaginale pratiquée après métreuryse et suivant la dernière modification de Dührssen, c-à-d. par incision utérine sur le métreuryntre (48) possède en théorie des avantages indiscutables. Après le premier essai particulièrement favorable qu'en ont fait les auteurs on a l'impression d'une ère nouvelle qui s'ouvre dans le traitement des rétrécissements pelviens. Au point de vue du traitement de l'éclampsie l'importance du procédé nouveau se trouve être plus réduite.

Le rapport de Léopold à la 11^e réunion de la société allemande de gynécologie plaidait sans aucun doute la cause de la dilatation mécanique forcée. Il en précisait toutefois les indications et ce faisant lui assignait une part plus réduite que celle qu'il lui avait reconnue dans ses publications antérieures.

Aux constatations de v. Bardeleben (49) concernant les troubles ultérieurs provoqués par la dilatation mécanique forcée de par la rétraction du tissu cicatriciel de déchirures, Lichtenstein (50) opposa des observations contradictoires.

Le travail étendu de Ehrlich (51) plaissant les avantages du Bossi provoqua la critique de Dührssen qui énonça l'opinion : dans les cas de col effacé la méthode de Bossi est superflue, dans les cas de col maintenu elle est dangereuse pour la mère et pour l'enfant. Léopold clôtura dans les *Archiv für Gynäkologie*, la polémique poursuivie par Lichtenstein par sa réponse à la dernière attaque de Dührssen. Il se déclara partisan suivant les circonstances, de la métreuryse, de la césarienne vaginale ou du Bossi.

La discussion entre Bossi et Dührssen dans le *Centralblatt für Gynäkologie* ne fût pas moins vive. Bossi présenta des cas traités avec plein succès au moyen de son dilatateur. La légitimité du traitement fût contestée par Dührssen. De nouveaux cas furent présentés, parmi lesquels

d'aucuns où la dilatation forcée se trouvait indiquée par une sténose cicatricielle s'étant établie à la suite d'incisions profondes suivant la méthode de Dührssen. Les deux auteurs demeurèrent attachés à leur point de vue spécial et exclusif ayant chacun prononcé l'ostracisme contre la méthode du concurrent.

v. Bardeleben (59) qui avait rejeté de façon formelle la dilatation mécanique forcée reconnut ultérieurement qu'elle peut avoir d'heureux résultats dans des cas bien appropriés. Hammerschlag (60) constata leur parfait accord sur ce point. Les cas appropriés sont les pluripares avec col bien distensible et les primipares avec col effacé. Il n'est point sans intérêt de remarquer aussitôt que cette opinion se couvre en partie avec les vues de Dührssen; ce dernier juge toutefois que dans ces cas « appropriés » la dilatation mécanique forcée se trouve être un procédé superflu. La métreuryse forcée semble être un procédé plus rationnel et moins dangereux (Dührssen, v. Bardeleben). La dilatation au moyen de l'extraction par forceps semble apporter de nouveaux dangers.

Le grand problème surgit toujours dans les cas à col maintenu chez la primipare avec indication à la délivrance hâtive immédiate; les seuls moyens de lever rapidement l'obstacle à la délivrance sont la dilatation forcée complète ou partielle suivie de la version combinée avec traction sur le pied et l'incision de la paroi utérine. Les deux premiers moyens sont les seuls qui se trouvent à la portée de la généralité des médecins praticiens. Le troisième est le plus rationnel, l'incision créant des surfaces de section nettes permettant une suture exacte. La considération principale en l'espèce est qu'au moyen d'un procédé chirurgical précis, il est possible dans les cas de col maintenu d'effectuer la délivrance p-a-d immédiate. Bumm s'en est fait le défenseur à Kiel. Léopold la met au même rang d'importance que la métreuryse et le Bossi. Bossi n'a étayé d'aucun fait sa condamnation d'exclusion de la césarienne vaginale de la pratique obstétricale.

Étude de 336 cas d'éclampsie.

Parmi les 336 cas il en est 335 qui présentèrent le symptôme typique, l'accès. Dans 1 cas que nous rangeons néanmoins sous la dénomination clinique d'éclampsie, l'accès fit défaut. La compréhension de pareils cas comme éclampsie ayant été contestée, nous voulons encore, bien que sa signification ne soit pas douteuse pour nous, le considérer à part et ne point l'englober dans nos calculs de statistique générale,

Le cas d'éclampsie sans accès qui fait partie du matériel d'étude envisagé fut déjà signalé par Liepmann (7). Il se laisse résumer comme suit :

Femme Schm., 28 ans, IIpare, 6 - 7^e mois de la grossesse. Entrée à la clinique le 12 - VII. Les deux derniers jours fatigue, exophtalmos. La nuit du 11 - 12 collaps, cyanose, alb. 4 ‰. A son entrée, pouls 132, resp. 40. Pas d'accès. A 3 h. 15, mort dans le collaps, malgré l'administration de camphre, caféine, respiration artificielle. Les données d'autopsie furent : Hémorragies et œdèmes de la pie-mère, hémorragies dans le foie : lésions comparables à celles de l'éclampsie.

Seitz (8) vient de réunir tous les cas observés d'éclampsie sans accès; ils sont au nombre de 20. Se basant sur les données fournies par ces cas et par les cas-transition, cas à convulsions partielles, il admet pour l'éclampsie comme pour l'épilepsie l'existence « d'équivalents éclamptiques ».

L'existence de ces « équivalents éclamptiques » nous semble chose démontrée pour tous les cas où se rencontre le tableau clinique et anatomo-pathologique de l'éclampsie et où seul les accès font défaut. L'interprétation d'éclampsie ne saurait être mise en doute. Nous nous rallions pleinement au point de vue de Seitz, tout en reconnaissant que foule de problèmes restent à élucider.

Si nous répartissons par année les 335 cas d'éclampsie typique et que nous en comparons le chiffre au total des naissances à la même clinique et en la même année, nous trouvons :

En 1904-1905,	36 cas pour 2527 naissances,	soit 1,4 ‰.	Mortalité : 8,	soit 22 ‰.
» 1905-1906,	82 » » 2680 »	» 3 » »	11, »	13,4 »
» 1906-1907,	61 » » 2806 »	» 2,1 » »	10, »	16,3 »
» 1907-1908,	74 » » 2909 »	» 2,5 » »	16, »	21,6 »
» 1908-1909,	82 » » 3082 »	» 2,6 » »	15, »	18,2 »

Si nous répartissons par mois, nous trouvons :

En janvier	29 cas pour 1260 naissances,	soit 2,3 ‰.	Mortalité : 17 ‰
» février	24 » » 1205 »	» 1,9 » »	25 »
» mars	32 » » 1254 »	» 2,6 » »	9,4 »

En avril	34 cas pour 1274 naissances, soit	2,6 ‰.	Mortalité : 14,7 ‰
» mai	33 » » 1184 » »	2,7 » »	24,3 »
» juin	18 » » 1146 » »	1,6 » »	22,2 »
» juillet	24 » » 1142 » »	2 » »	18,6 »
» août	30 » » 1175 » »	2,5 » »	13,3 »
» septembre	26 » » 1192 » »	2,2 » »	11,5 »
» octobre	28 » » 1023 » »	2,7 » »	14,3 »
» novembre	27 » » 1056 » »	2,5 » »	33,3 »
» décembre	30 » » 1117 » »	2,6 » »	13,3 »

Une prédominance se dessine donc pour les mois d'octobre, novembre, décembre, mars, avril, mai. Elle semble en rapport avec les saisons à température inconstante.

La relation avancée par quelques auteurs entre l'apparition de l'éclampsie et la situation climatologique, Nagel (63), Zangemeister (62), Buttner (64), n'est cependant pas un fait nettement établi, ce n'est qu'une opinion à laquelle les recherches de Meyer-Wirz (65) et Hammerschlag (66) enlèvent toute importance.

Une relation entre la fréquence de l'éclampsie et la mortalité n'existe pas.

Il est évident qu'un matériel clinique ne sait nous fournir des indications au sujet de la fréquence de l'éclampsie que de façon relative et comparative. De ce chef nous dénions toute valeur aux chiffres bruts mis en avant par Olshausen (67), Glockner (68), Buttner (64), Esch (9), Hammerschlag (66).

Zangemeister (62) qui envisage la question de façon relative trouve la fréquence la plus grande durant les mois d'été.

Aussi intéressante que toujours inexpliquée est l'apparition de véritables « épidémies » d'éclampsie souvent particulièrement virulentes. Ex. du 30-IV-06 au 23-V-05, 8 cas parmi lesquels 4 cas de mort (cfr. les tableaux cliniques).

Sur les 335 cas nous trouvons l'éclampsie chez la

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XI	XIV	XVI	pare
268	24	16	4	5	2	2	3	1	1	1	1	fois
soit 80 ‰												
												soit 17,9 ‰ des cas

Pour 7 cas les données font défaut.

Elle apparaît avant le terme de la grossesse dans 114 cas, 41,9%

» » au » » » » 88 » 31%

» » après l'accouchement » 76 » 28,6%

Pour 27 cas nous manquons de données à ce sujet.

Nous n'avons point recherché comme d'autres auteurs dans combien de cas l'éclampsie éclata avant le début du travail. Ce « début » du travail est une notion discutable et les données fournies à ce sujet par les primipares sont de valeur toute relative.

Sur le domaine des observations cliniques ressort le tableau classique que nous ne voulons que toucher en passant.

Présence dans la grande majorité des cas (56%) de prodromes nets consistant en des combinaisons différentes en durée et en intensité de plusieurs des symptômes suivants : oedèmes (47,6% des cas), nausées ou vomissements (18% des cas), céphalalgies (29% des cas), troubles visuels (13% des cas). L'amaurose qui se trouve être un symptôme si marquant fut observé dans 10 cas (3%).

14 cas ne présentèrent comme tout prodromes que des oedèmes accentués.

La teneur en albumine la plus élevée fut de 50 ‰.

Parmi les 50 cas qui furent amenés à la clinique en état éclamptique à un moment où le col était au moins en partie maintenu et la poche non rompue on n'a observé que 10 fois une t° supérieure à 37,5. Les élévations de t° marquées au début de l'éclampsie sont donc rares dans des conditions où toute infection génitale peut être considérée comme exclue.

Au sujet de l'évolution de la symptomatologie nous ne voulons relater nos données qu'en décrivant les mesures thérapeutiques prises, l'évolution de la maladie se trouvant à toute évidence profondément influencée par cette intervention thérapeutique elle-même.

Nous avons esquissé en les tableaux résumés qui sont

ajoutés à cet ouvrage l'évolution clinique des 335 cas sur lesquels porte notre étude. Au sujet de quelques cas l'évolution et la thérapie sont marquées de façon quelque peu détaillée bien que à grands traits. Pour suppléer à cette pénurie d'indications plus précises à laquelle nous forçait l'étendue de notre matériel d'étude, nous croyons qu'il se trouve indiqué de retracer brièvement la thérapeutique appliquée telle que le Professeur Bumm (69) lui-même l'a exposée :

« Il est malheureusement des cas graves, vis-à-vis desquels
» on se trouve impuissant. Ils peuvent être évalués à 2 à 3 %
» de l'ensemble des cas. Ils sont surtout caractérisés par
» l'apparition précoce d'un coma profond, il y a souvent fièvre,
» hémoglobinurie, ictère. Important se trouve être le traitement prophylactique dans les cas de trouble de la fonction
» rénale au cours de la grossesse. Il tend au rétablissement
» de cette fonction par la diète lactée, les bains et les enveloppements chauds, les thés diurétiques, les eaux minérales.
» Si ce traitement échoue et s'il survient des symptômes
» d'intoxication du système nerveux central et des organes des
» sens (céphalalgies, vomissements, vertiges, bourdonnements, éblouissements) il se trouve indiqué d'interrompre la grossesse. Après la délivrance les symptômes rétrocedent
» rapidement. Si on attend, les accès surviennent dans la
» plupart des cas et on se trouve forcé d'intervenir en des
» conditions bien plus désavantageuses.

» Une fois que les accès sont survenus, le pronostic est
» d'autant plus favorable que la délivrance est plus hâtive.

» Lorsque les conditions voulues sont réalisées on délivre
» par forceps, par version et extraction.

» Si le col est effacé, l'orifice externe insuffisamment
» dilaté, le Bossi peut rendre de bons services; en un quart
» d'heure on peut dilater suffisamment pour pouvoir délivrer.
» La même chose est possible de façon moins dangereuse avec
» le ballon de Champetier.

» Là où le col n'est pas effacé la dilatation avec le dila-

» tateur métallique donne facilement de profondes déchirures,
» dans ces cas on pratique l'hystérotomie antérieure.

» Le traitement au moyen des narcotiques peut arrêter les
» accès et supprimer ainsi l'action néfaste qu'ils exercent sur le
» respiration et la circulation. Mais l'accès n'est qu'un symp-
» tôme, l'action toxique des narcotiques vient s'ajouter à celle
» de l'éclampsie. Chez des malades se trouvant déjà à l'état
» d'inconscience ou de coma, les narcotiques n'ont pas de sens,
» chez les autres ils calment, l'administration par voie rectale
» semble agir le mieux. La ponction lombaire n'aide pas. La
» parathyreoidin (Vassale) doit être essayée.

» Pour activer la diurèse le meilleur moyen sont les
» enveloppements chauds de la région des reins, le massage
» des reins, l'infusion sous-cutanée de grandes masses d'eau
» physiologique, 1500 gr. 2-3 fois par jour.

» La décapsulation d'Edebohls n'a pas encore été suffi-
» samment étudiée, le moment propice d'intervention est
» difficile à saisir.

» Les bains chauds ou enveloppements totaux chauds
» dans le but d'activer la diaphorèse n'ont pas un effet
» favorable, souvent une influence néfaste.

» Contre la congestion ou l'œdème pulmonaire on pratique
» la saignée.

» Pour maintenir la respiration, on nettoie le gosier et on
» pratique au moment voulu et souvent durant de longues
» périodes la respiration artificielle.

» On doit aussi veiller à maintenir à la hauteur voulue la
» fonction cardiaque. »

Liepmann (70) a exposé de façon concrète la thérapeutique
dans le tableau que voici ; il a surtout trait aux cas d'éclampsie
post-partum :

LE POISON ÉCLAMPTIQUE LÈSE :	SYMPTÔMES CLINIQUES	THÉRAPIE
1 ^o Le parenchyme rénal	Réduction de la quantité d'urine, albumine, cylindres.	Infusion sous-cutanée d'eau physiologique jusque 4000 c.c. ; dans les cas de pléthore saignée. Diuretin 1,0 } 3 fois Folior Digit. Pulv. } par jour Camphor, trit, à 0,1 } 1 poudre
2 ^o Le cœur	Pouls rapide, faible.	Coffein natr. salicylic 5,0 } par voie Aq. dest. ster. 5,0 } sous Olei camphor. — par voie sous cutanée.
3 ^o Le cerveau	a) coma. b) respiration superficielle par paralysie du centre respiratoire. c) comme conséquence œdème pulmonaire. d) crampes.	Respiration artificielle continuée des jours entiers avec des intervalles d'une 1/2 h. pendant ces pauses frictions à l'eau froide. Enveloppements froids. Narcotiques de façon réduite; le mieux : 3 gr. de chloral par dose et par clysme. Dans les cas d'excitation forte: morphine 0,05 gr. par dose.

Nous estimons qu'il n'est point de mise d'exposer ici des chiffres de mortalité générale, envisagée à différents points de vue. De même que la symptomatologie, cette mortalité se trouve notablement influencée par les conditions cliniques spéciales, ainsi que par les mesures thérapeutiques prises. Or, ce ne sont non seulement des procédés différents et des interventions inégalement actives qui différencient les cas de notre matériel d'étude, mais encore ces cas eux-mêmes se trouvaient à leur entrée dans des états cliniques très différents. Nous croyons en conséquence qu'au lieu de mettre en évidence des chiffres globaux bruts qui ne sauraient posséder en l'occurrence une signification et une valeur nette, il se trouve indiqué d'étudier l'évolution de la maladie dans les divers groupes spéciaux à envisager. Pour ce faire nous avons pratiqué un

premier grand partage des cas en trois catégories : les cas d'éclampsie post-partum, les cas d'éclampsie survenus avant ou au cours de l'accouchement et où n'intervint pas la césarienne vaginale, les cas d'éclampsie où fut pratiquée la césarienne vaginale.

Nous croyons en agissant de la sorte procéder du simple au composé et mettre en évidence l'objet principal de cette étude.

Éclampsie post-partum.

(76 cas.)

Sur 335 cas d'éclampsie 76 surgirent après la délivrance. Ils forment 34 % des cas où le début de l'éclampsie se trouve nettement mentionné.

Parmi les cas où les convulsions éclatèrent aussitôt après la délivrance, nous en trouvons 3 où l'accès semble amené par une manipulation déterminée.

Ce sont les cas :

(40) où l'accès survint au moment où le médecin suturait une déchirure périnéenne.

(58 et 60) où l'accès survint immédiatement après l'expression du placenta.

Sur les 76 cas que comporte notre étude nous en trouvons :

Chez la Ipare	IIpare	IIIpare	IVpare	VIpare	IXpare
54	10	6	1	1	1
soit 71 %	25 % des cas				

Pour 3 cas les renseignements à ce sujet faisant défaut.

Dans 50 cas il y eût des symptômes prodrômaux plus ou moins accentués. Dans 43 cas nous les trouvons avant la délivrance.

Les accès survinrent en déans 1 heure, suivant la délivrance dans 19 cas seulement, soit 25 %.

de 1-2 h. suivant la délivrance dans 8 cas soit 10,5 %
 „ 3-6 h. „ „ „ „ 16 „ „ 21 %

de 7-12 h. suivant la délivrance dans 14 cas soit 18,4 %
» 13-24 h. » » » 10 » » 13,15 %
» 1-2 h. » » » 1 » » 1,3 %

La date exacte d'apparition des accès par rapport à la délivrance reste indéterminée dans 8 cas.

Si nous prenons une moyenne globale quant au nombre des accès dans les cas d'éclampsie post-partum nous trouvons pour chaque cas une moyenne de 7 accès.

Dans 47 cas sur 76 soit 61 % le traitement a rapidement influencé l'évolution des accès et de la maladie; tout au plus 1—3 accès ont encore apparus. Dans 6 cas où le traitement influença la marche des accès, les patientes succombèrent ultérieurement :

Dans 1 cas au coma éclamptique le 8^{me} jour suivant la délivrance (4 accès en tout) (2).

Dans 4 cas (23, 24, 61, 63) à des complications pulmonaires, peut-être aussi à une infection puerpérale pour le cas 23; la mort survint le 7^{me} jour (23), le 15^{me} jour (24), le 2^{me} jour (61), le jour suivant la délivrance (63). 7, 6, 8 et 2 accès avaient précédé.

Le cas 72 présenta après avoir eu au dehors un nombre d'accès indéterminé, une rémission complète à la suite d'une ponction lombaire. Le renouvellement de la ponction lombaire le jour suivant semble avoir amené l'issue fatale en quelques minutes.

Dans 22 cas, le traitement semble ne pas avoir eu d'influence sur les accès.

Parmi ces cas, 4 ont succombé :

le cas 11 à l'éclampsie dans le 15^{me} accès,

le cas 36, 2 jours après la délivrance apparemment dans le coma éclamptique, 15 accès avaient précédé,

le cas 49 après 15 accès au 4^{me} jour à la suite d'éclampsie ou de façon indirecte d'œdème pulmonaire,

le cas 65, 3 jours après la délivrance à la suite de 35 accès d'éclampsie.

La mortalité générale fut en soustrayant le cas-exception (72) de 9 décès sur 75 cas, soit 12 %.

La mortalité fut :

pour les primipares de 4 sur 54, soit 7,4 %.

» » pluripares » 5 » 19, » 26 %.

Si nous recherchons la mortalité par éclampsie pure, nous trouvons qu'elle fut pour les cas où le traitement eut une influence favorable sur les accès de 1 pour 42, soit 2,3 %, pour les cas où cette influence ne se dessina point, de 4 sur 22, soit 17 %.

Ces premières données recueillies n'ont de l'importance qu'au point de vue comparatif mises en rapport avec les données ultérieures. Un fait qui ressort par lui-même est le danger bien plus grand pour les multipares dans les cas d'éclampsie au cours des couches. L'influence favorable du traitement appliqué nous semble également nette.

Cas d'éclampsie ante- et intra-partum où ne fut point appliquée la césarienne vaginale (183 cas).

Cette seconde catégorie embrasse à toute évidence des cas cliniques bien différents et par le moment d'apparition des accès et par le moment et le genre de la délivrance. Dans bon nombre de cas, divers procédés de dilatation et de délivrance se trouvent combinés. Nous nous bornons à relater ces particularités dans nos tableaux cliniques. Nous jugeons qu'on ne saurait tenir compte de façon utile de toutes ces variétés dans une étude d'ensemble et que les données que peut fournir cette dernière n'ont de valeur réelle que pour autant qu'elle se base sur un nombre de cas massif, les mettant à l'abri des surprises pouvant résulter des individualités cliniques différentes. Nous nous en tenons de ce chef aux grandes lignes. Nous demandons au matériel en question de nous renseigner de façon comparative sur l'évolution de l'éclampsie et la valeur clinique du genre de délivrance dans les cas d'accouchement spontané, de forceps au détroit inférieur, de forceps sans dilatation, de version-extraction, de métreuryse, de dilatation d'après Bossi, d'incisions cervicales.

Vue générale.

Des 183 cas rangés dans cette catégorie :

150 survinrent chez des primipares soit 81,9 %.

32 » » » multipares » 17,3 %.

Après la délivrance les accès ont cessé dans 83 cas soit 45,3 %.

Dans 9 cas après un nombre inconnu d'accès précédant :

» 17 » » 1 accès précédant.

» 15 » » 2 » »

» 13 » » 3 » »

» 8 » » 4 » »

» 7 » » 5 » »

» 2 » » 6 » »

» 4 » » 7 » »

» 1 » » 8 » »

» 2 » » 9 » »

» 1 » » 10 » »

» 1 » » 11 » »

» 1 » » 12 » »

» 1 » » 20 » »

» 1 » » 36 » »

En moyenne dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, 3 accès (exactement 3,7) précéderent.

La délivrance ne coupa pas court aux accès dans les cas suivants où il y eût :

Dans 22 cas après une moyenne de 5 accès précédant, 1 accès suivant (2 décès).

» 12 » » » » » 6 » » 2 » » (1 décès).

» 8 » » » » » 6 » » 3 » » (1 décès).

» 1 » » un nombre indéterminé d'accès précédant, 4 accès suivant.

» 6 » » une moyenne de 8 accès précédant, 5 accès suivant (1 décès).

» 10 » » » » » 3 » » 6 » » (3 décès).

» 4 » » » » » 8 » » 7 » » (1 décès).

» 3 » » » » » 4 » » 8 » » (1 décès).

» 3 » » » » » 3 » » 9 » » (1 décès).

» 3 » » » » » 3 » » 11 » » (1 décès).

» 4 » » » » » 2 » » 12 » »

» 4 » » » » » 2 » » 14 » » (2 décès).

» 2 » » » » » 9 » » 15 » » (2 décès).

» 1 » » 7 accès précédant, 10 accès suivant.

» 1 » » 1 » » 20 » » (1 décès).

» 1 » » 5 » » 16-25 » » (1 décès).

» 1 » » 7 » » 29 » »

La mortalité globale est de 31 sur 183 soit 14,2 %.

Pour les primipares se trouvent relatés 21 décès sur 150 cas, 12 %.

Pour les multipares se trouvent relatés 8 décès sur 32 cas, 21,8 %.

(2 cas à renseignements incomplets).

Pour l'ensemble des cas où les accès cessèrent après la délivrance la mortalité est de 9,6 %, pour les autres cas de 18 %.

La première mortalité dépend surtout des complications pulmonaires et du coma éclamptique.

Accouchements spontanés.

19 cas : Nos 7, 9, 17, 19, 32, 36, 40, 66, 70, 74, 80, 116, 118, 128, 154, 162, 170, 176, 179.

15 cas concernent des primipares.

3 » » » multipares.

1 cas manque de renseignement à ce sujet.

Parmi ces 19 cas la délivrance coupa court aux accès et à la maladie dans 3 cas, soit dans 15,7 % des cas.

Ce sont les cas 162 où un nombre inconnu d'accès précédèrent, 176 où un accès précéda, 40 où 2 accès précédèrent.

Dans le cas 36, 9 accès précédèrent la délivrance; celle-ci ne fut plus suivie d'accès, mais la mort survint le jour suivant apparemment dans le coma éclamptique; il existait aussi des lésions broncho-pneumoniques.

Dans les 15 cas restant l'expulsion du fœtus et placenta ne suffit point à couper court aux symptômes éclamptiques.

Dans 2 cas après 2 et 7 accès, la délivrance fut suivie de 1 accès (19, 128)

» 2 » » 1 et 5 » » » » » 3 » (7, 170)

» 1 » » 1 » » » » » 5 » (116)

» 4 » » 1, 2, 5 et un nombre indéterminé d'accès, la délivrance fut suivie de 6 accès (17, 32, 66, 179)

Dans 2 cas après 1 et 2 accès la délivrance fut suivie de 11 accès (74, 9)

» 2 » » 1 » » » » » 12 » (80, 118)

» 1 » » 1 » » » » » 20 » (70)

» 1 » » 7 » » » » » 5 » et ultérieurement d'accès de façon continue durant 3 heures (154).

Les Nos 66 et 70 succombèrent à l'éclampsie.

En faisant abstraction du cas 66 où la mort survint pour ainsi dire dans un accès éclamptique, en prenant pour le cas 154 une moyenne de 8 accès par heure et pour le cas 179 une moyenne de 2 accès précédant, nous trouvons que pour ces 14 cas, en moyenne 2 (exactement 2,3) accès précédèrent la délivrance et que 9 la suivirent.

Des 19 cas, 3 ont succombé selon toute probabilité au processus éclamptique, soit une mortalité de 15,7 %.

Au sujet de la mortalité fœtale les données sont incomplètes. Sur 12 renseignements, nous trouvons relatés 2 morts (36, 162).

Ces 19 cas d'accouchement spontané au cours de l'éclampsie nous fournissent donc les données :

Dans 15,7 % des cas la délivrance coupa court aux symptômes éclamptiques. Dans 14 cas où en moyenne 2 accès précédèrent la délivrance, celle-ci fût encore suivie de 9 accès.

Dans 12 cas où la délivrance ne fût sûrement précédée que de 1 et 2 accès, elle ne coupa court aux accès que dans 2 cas soit 16 %; 1 cas succomba.

Des 5 cas où plus de 2 accès précédèrent, 2 succombèrent à l'éclampsie; dans aucun de ces cas la délivrance ne coupa court aux symptômes éclamptiques.

La mortalité maternelle fût de 15,7 %, la mortalité fœtale de 16 %.

Forceps au détroit inférieur.

17 cas : Nos 18, 23, 28, 41, 50, 54, 65, 81, 110, 143, 152, 153, 163, 166, 183, 182.

16 cas concernent des primipares.

1 cas une multipare.

Dans 11 cas la délivrance coupa court aux accès et à la maladie, soit dans 64 % des cas.

Dans 1 cas après un nombre inconnu d'accès (166).

» 1 » » 1 accès précédant (50).

» 4 » » 2 » » (153, 101, 183, 143).

» 3 » » 3 » » (65, 81, 110).

» 1 » » 6 » » (152).

» 1 » » 7 » » (18).

Dans le cas 54 avec 14 accès précédant, la délivrance ne fût plus suivie d'accès, mais la malade mourut quelques heures plus tard d'hémorragie atonique.

En prenant pour le cas à nombre inconnu d'accès précédant une moyenne de 3 accès nous trouvons que dans les cas où la délivrance coupa court aux accès elle avait été précédée en moyenne de 3 accès.

Dans 1 cas (28) après 1 accès précédant on ne mentionne plus d'accès typique après la délivrance.

Dans 3 cas la délivrance fût encore suivie d'accès :

Dans 1 cas (23) après 11 accès précédant la délivrance fût suivie de 3 accès.

» 1 » (41) » 14 » » » » » 3 »

» 1 » (182) » 8 » » » » » » 1 »

et de coma.

En faisant abstraction du cas 28, il nous reste 13 cas; en moyenne 11 accès précédèrent la délivrance, 2 accès la suivirent.

Comme lésions nous trouvons mentionné :

1 épisiotomie (54),

5 déchirures périnéennes (41, 50, 65, 166) parmi lesquelles une « forte » déchirure (28),

4 hémorragies utérines :

(28) hémorragie assez intense suivie de collaps cardiaque,

(81) hémorragie abondante,

(101) légère hémorragie,

(163) atonie durant des heures suivie de mort.

Des 17 cas ont succombé 3 cas soit 17,6 %.

Ce furent les cas :

(54) où la délivrance fût précédé de 14 accès et où la malade mourut le jour suivant dans le coma,

(163) où 3 accès précédèrent la délivrance; la malade meurt quelques heures plus tard d'hémorragie atonique,

(182) 8 accès précédèrent la délivrance, la malade meurt le second jour dans le coma.

Le cas 163 est un cas-exception, un accident, il ne peut être compté parmi les décès dus à l'éclampsie. Nous évaluons de ce chef la mortalité à 2 sur 16, soit 12 %.

Sur 16 enfants viables il y eût 1 mort soit 6,6 %.

La fréquence des hémorragies nous fait songer à les envisager comme favorisées par l'intoxication éclamptique.

La conclusion capitale de ces dernières données est la différence saisissante entre les résultats de l'accouchement spontané et du forceps au détroit inférieur.

Si nous mettons ces résultats en évidence de façon comparative nous trouvons :

ACCOUCHEMENT SPONTANÉ.	FORCEPS AU DÉTROIT INFÉRIEUR.
Arrêt des symptômes éclamptiques 15,7 %.	Arrêt des symptômes éclamptiques, 64 %.
Une moyenne de 2 accès précédant donne 9 suivant.	Une moyenne de 11 accès précédant donne 2 suivant.
Sur 5 cas à plus de 2 accès précédant, 2 meurent.	Sur 9 cas à plus de 2 accès précédant, 2 meurent.
Moyenne des accès précédant, 3.	Moyenne des accès précédant, 5.
Mortalité, 15,7 %.	Mortalité, 12 %.

Cette statistique réduite, il est vrai, met en évidence les avantages de l'extraction par forceps sous narcose ; elle démontre de façon particulièrement nette les avantages qu'il y a à éliminer le mécanisme naturel de délivrance avec ses irritations et à pratiquer la délivrance artificielle sous narcose⁽¹⁾. Là même où la nature en est à son dernier travail le médecin peut faire œuvre très utile. Rien que la différence dans la suppression des symptômes éclamptiques, celle-ci survenant d'une part dans 15 % des cas et d'autre part dans 64 % des cas constitue un avantage considérable, les accès amenant toujours le danger de nouvelles lésions pulmonaires et cérébrales. L'action nocive mise en jeu au cours de l'accouchement spontané et évitée par la délivrance au forceps peut avoir sa cause première dans les douleurs ou bien en tant que phénomène nerveux, en tant qu'excitant du système nerveux, ou bien en tant que phénomène physique, favorisant le passage de substances toxiques dans le courant sanguin ou lymphatique maternel, peut être encore, mais avec moins de probabilité dans les contractions musculaires en tant que phénomène physiologique chimique. Les données acquises ne permettent point de s'orienter en la matière.

(1) La différence entre les résultats dans les deux catégories est croyons-nous, suffisamment prononcée pour être mise en évidence malgré l'objection, que certains cas de la première catégorie délivrés au dehors n'ont été amenés à la clinique qu'après continuation des accès et que de ce chef le pourcentage établi n'a qu'une exactitude relative. Cette objection s'applique d'ailleurs aussi à la seconde catégorie.

Forceps sans dilatation.

Cette catégorie comprend 33 cas. Nous y avons rangé tous les cas où l'application du forceps n'était point faite au détroit inférieur ou ne se trouvait point renseignée comme telle, et où nous pouvions simultanément exclure l'application d'un procédé quelconque de dilatation.

Ce sont les cas : 3, 6, 10, 15, 16, 21, 25, 29, 30, 35, 37, 38, 39, 43, 51, 61, 64, 68, 78, 85, 86, 97, 99, 102, 105, 109, 112, 125, 139, 172, 174, 175, 180. 32 cas concernent des primipares, 1 cas une multipare.

Dans 14 cas la délivrance coupa court aux accès, soit dans 42,4 % des cas : dans 1 cas après un nombre indéterminé d'accès (21)

» 2 »	» 1 accès précédant	(3, 15)
» 4 »	» 2 »	(102, 125, 139, 172)
» 1 »	» 3 »	(51)
» 2 »	» 4 »	(25, 99)
» 1 »	» 5 »	(174)
» 1 »	» 6 »	(86)
» 2 »	» 7 »	(29, 85).

En prenant pour le cas à données insuffisantes une moyenne de 3 accès précédant, nous trouvons que dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, elle avait été précédée en moyenne de 3 accès (exactement 3,5).

Parmi les 19 cas restant il y eût :

Dans 3 cas après 1, 4 et 7 accès préc. la délivr., 1 accès la suit (6, 43, 68).

» 3 » » un nombre inconnu d'accès précédant la délivrance, 2 accès la suivent (30, 35, 100).

Dans 2 cas après 4 et 9 accès préc. la délivr., 2 accès la suivent (175, 61).

» 1 » » 2 » » » » 5 » » » (78).

» 2 » » 2 » » » » 6 » » » (10, 112).

» 2 » » un nombre inconnu et 5 accès précédant la délivrance, 7 accès la suivent (180, 105).

Dans 1 cas après 6 accès précédant la délivrance, 8 accès la suivent (37).

» 1 » » 6 » » » » 9 » » » (97).

Dans 2 cas après 1 et 5 accès précédant la délivr., 12 accès la suivit (64, 38).

» 1 » » 1 » » » » 14 » » » (39).

» 1 » » 6 » » » » 15 » » » (16).

En prenant pour les cas à nombre d'accès précédant indéterminé une moyenne de 4,6 nous trouvons la moyenne que dans les cas où 4 accès précéderent la délivrance, 6 accès la suivirent.

Comme lésions nous trouvons relaté :

1 épisiotomie (30),

10 fois une déchirure périnéenne (6, 15, 21, 38, 43, 61, 65, 99, 172, 174),

fois une déchirure vaginale (21, 35, 51, 85),

4 fois une déchirure cervicale (25, 35, 51, 85).

1 fois une déchirure du clitoris (174),

3 hémorragies utérines (10, 102, 175).

4 cas ont succombé, soit 12 % de mortalité maternelle.

Ce furent les cas :

(16) 6 accès précédèrent et 15 suivirent la délivrance, la mort survint dans le coma 3 jours après la cessation des accès.

(105) 5 accès précédèrent et 7 suivirent la délivrance; la malade mourut en présentant les symptômes d'œdème pulmonaire.

(112) 2 accès précédèrent et 6 suivirent la délivrance, la mort survint 3 jours plus tard et doit être apparemment rapportée à l'éclampsie.

(97) 6 accès précédèrent et 9 suivirent jusqu'à la mort.

Mortalité fœtale : Sur 23 fœtus viables il n'y eût qu'un décès par asphyxie, soit 4,3 % de mortalité fœtale.

Si nous comparons les données d'ensemble fournies par ces trois premières catégories (69 cas) nous trouvons les chiffres suivants :

	Accouchement spontané, 19 cas	Forceps au détroit inférieur, 17 cas	Forceps, 33 cas
Arrêt des sympt. écl. dans cas	15,7 %	64 %	42,4 %
Moyenne des accès précédant dans les autres cas	2	11	4
Moyenne des accès suivants	9	2	6
Nombre de cas à plus de 2 accès précédant	5	9	16
Mortalité pour ces cas	2	2	3
Moyenne des accès précé- dant	3	5	4
Mortalité	15,7 %	12 %	12 %
Mortalité fœtale	16 %	6,6 %	4,3 %

Les résultats globaux obtenus dans la 3^{me} catégorie sont, et de loin plus favorables que ceux fournis par l'accouchement spontané; ils sont toutefois inférieurs à ceux des cas de forceps

au détroit inférieur. Nous nous expliquons ces données de par les considérations suivantes : La plupart des cas de la 3^{me} catégorie sont des cas d'application de forceps au milieu du petit bassin. L'éclampsie y a éclaté plus tôt que dans les cas de la 2^{de} catégorie. On peut en ^{déduire} supposer une virulence plus grande absolue ou relative de la maladie et en conséquence une accentuation des troubles suivant la délivrance.

Comparativement aux deux derniers groupes la mortalité fœtale se trouve être particulièrement élevée dans la première série de cas.

Métreuryse.

(45 cas.)

A 31 cas se trouvait appliquée la dénomination de métreuryse sans spécialisation plus lointaine. Pour 14 cas se trouvait précisé qu'ils s'agissait d'une « métreuryse forcée ». Nous voulons d'abord envisager les deux catégories de cas de façon séparée.

Des 31 premiers cas (42, 45, 46, 49, 57, 58, 59, 63, 72, 94, 106, 107, 111, 113, 117, 119, 121, 127, 129, 130, 131, 132, 133, 136, 140, 141, 150, 157, 160, 164, 181), 25 se rapportent à des primipares.

Dans 20 cas la délivrance coupa court aux accès et à la maladie.

Dans 4 cas après un nombre indéterminé d'accès (42, 63, 107, 129).

» 5 » »	1 accès précédant	(133, 140, 141, 160, 164).
» 2 » »	2 » »	(49, 117).
» 2 » »	3 » »	(18, 72).
» 2 » »	4 » »	(127, 131).
» 1 » »	5 » »	(136).
» 1 » »	8 » »	(57).
» 1 » »	9 » »	(111).
» 1 » »	10 » »	(119).
» 1 » »	20-22 » »	150).

En prenant pour les cas à données insuffisantes une moyenne de 5 accès, nous voyons que dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, elle avait été précédée de 4 accès (exactement 4,7).

Des 11 cas restant :

Dans 1 cas après 1 acc. préc., la délivr. fut encore suivie de 1 acc. (45).

» 4 » » 3, 7 et 7 » » » » » » » 2 »
(106, 130, 132, 157).

Dans 1 cas après 20-25 acc. préc., la délivr. fut encore suivie de 5 acc. (58).

» 1 » » 3 » » » » » 8 » (46.

» 1 » » 5 » » » » » 14 » (94).

Etablir une moyenne pour ces derniers cas, quant au nombre des accès, n'aurait aucune valeur en l'espèce, vu que certains cas des plus importants en l'occurrence ont succombé.

Comme lésions nous trouvons mentionné :

8 fois une déchirure cervicale, légère : 42, 45, 136, 140, 164, jusqu'à l'insertion vaginale : 46, 58 ou jusque dans les paramètres : 49.

8 fois une déchirure périnéenne, parmi lesquelles une de III^e (181) (42, 46, 127, 107, 140, 164, 157).

Dans le cas 46 la tête était engagée, un premier ballon éclate, le second provoque la dilatation en 5 minutes; suit la version et l'extraction avec double déchirure cervicale jusqu'à l'insertion vaginale.

Dans le cas 58 la dilatation est pratiquée en 5 minutes avec un ballon trop réduit, l'extraction fait des difficultés et provoque probablement la déchirure.

Dans le cas 49 la traction effectuée sur le ballon durant une demie heure n'amena une dilatation que jusqu'à la perméabilité à 2 doigts; on pratiqua alors la version et l'extraction. L'extraction jusqu'à la tête fut effectuée en 10 minutes; l'extraction de la tête faisant des difficultés on eût recours à la perforation. Il est des plus difficiles dans le cas de dégager des données la cause première de la déchirure cervicale ayant pénétré jusque dans les paramètres.

Ce sont les données de mortalité qui nous semblent hautement intéressantes pour les cas en question. A côté d'un cas (94) ayant succombé 10 jours après la délivrance à une embolie pulmonaire, le cas 59 mourant d'une hémorragie atonique et le cas 49 mourant probablement des suites d'une hémorragie dans les paramètres, nous en trouvons 5 où la cause de la mort doit être attribuée à l'éclampsie elle-même. Mortalité 5 sur 28, soit 17 %.

Le cas 46 succombe après que 3 accès seulement ont précédé la délivrance et que 8 ont suivi.

Dans le cas 58, 20-25 accès précédèrent, 5 suivirent et la malade mourut dans le dernier accès.

La patiente 157 mourut 1 heure après la délivrance dans les convulsions, 7 accès avaient précédé et 2 suivi la délivrance. La dilatation avait été amenée par tension sur le ballon durant 10 minutes.

Dans 2 cas (113, 121) la malade mourut avant la délivrance après que 10-15 accès dans 1 cas, seulement 4 accès dans l'autre avaient précédé.

Cas 113. — K., 28 ans, I-pare, pas de prodrômes.

16 XII. — 21 h., 1^{er} accès, plusieurs suivent, de 21 h. à 24 h., 10 accès; 24 h., col perméable à deux doigts, métreuryse.

0,30', eau physiologique, digalène, inégalité des pupilles, légère hémorragie.

2 h. 45', respiration bruyante, pouls 100.

3 h., respiration tout-à-coup très lente (8 respirations par minute).

3 h. 15', figure devient cyanotique, respiration cesse, respiration artificielle, pupilles se dilatent au maximum, cornée se trouble, le cœur bat encore, camphre.

3 h. 30', Mort.

Autopsie : Grandes hémorragies et ramollissement dans les 2 lobes occipitaux, hémorragies hors de la pie-mère, lepto-méningite, hémorragie sous-pleurale, sous-, épi- et endo-cardiale, sous-capsulaire dans le foie, les reins et les ovaires, sous-séreuse dans l'intestin.

Cas 121. — W., 33 ans, I-pare, prodrômes : depuis 3 semaines forte teneur de l'urine en albumine.

4-III. — Céphalalgies violentes, accès éclamptique à 3 h. 30'; rétablissement complet de la respiration, du pouls et de la conscience; chloral, morphine et expectation.

7 h., second accès, après une demie heure, 3^e accès.

8 h. 30', métreuryse.

13 h. 45', accès et mort sans être délivrée.

Autopsie : Faible dégénérescence parenchymateuse des reins, hémorragies et nécroses dans le foie, trachéo-bronchite.

Ces deux cas, le dernier surtout, représentent des types de cas surprise de la méthode expectative relative.

Comme mortalité fœtale nous trouvons sur 22 enfants viables, 7 morts, soit 31,8 %.

En parcourant ces cas on remarque aussitôt que bon nombre d'entr'eux sont des cas de métreuryse « forcée ». Ce concept de « forcer » la dilatation est tout relatif, dépendant du rapport entre la force mise en jeu pour tendre le ballon et l'élasticité et la tonicité du tissu sur lequel s'exerce la traction. Nous pouvons fort bien concevoir que la métreuryse soit plus « forcée » dans certains cas où on laisse le ballon simplement tendu que dans d'autres où on pratique par surcroît de tension ou par tension manuelle la métreuryse « forcée ». Une limite nette ne saurait être tracée. Aussi voulons nous de ce chef, après avoir parcouru les cas mis en évidence sous le nom de métreuryse forcée, considérer de façon globale l'ensemble des résultats.

Métreuryse forcée.

(14 cas.)

Ce furent les cas : 34, 47, 60, 75, 95, 100, 134, 142, 146, 149, 155, 161, 165.

7 cas concernent des primipares.

Parmi ces 14 cas la délivrance amena l'arrêt des accès et de la maladie dans 5 cas : dans 1 cas après 2 accès précédant (75).

» 1 » » 3 » » (100).

» 2 » » 5 » » (142, 165).

» 1 » » 11 » » (146).

En moyenne, dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, elle était précédée de 5 accès.

Des 9 cas restant :

Dans 1 cas après 3 accès préc., la délivr. fut encore suivie de 2 accès (135).

» 1 » » 7 » » » » » » 3 » (140).

» 1 » » 2 » » » » » » » 5 » (155).

» 1 » » 4 » » » » » » » 6 » (34).

» 2 » » 2 » » » » » » » 9 » (47, 95).

» 1 » » 8 » » » » » » » 11 » (60).

» 1 » » un nombre inconnu d'accès, la délivrance fut encore suivie de 14 accès (134).

Dans 1 cas après 13 accès préc., la délivr. fut encore suivie de 15 acc. (161).

En prenant pour le cas à données insuffisantes une moyenne de 4 accès précédant, nous trouvons en moyenne que dans les cas où 4 accès précédèrent la délivrance (exactement 4,7), 8 accès (8,4) la suivirent.

Lésions :

2 épisiotomies (75, 149).

1 déchirure périnéenne (100).

5 déchirures cervicales (134, 95, 146, 165).

Mortalité maternelle :

3 cas :

(149) le jour suivant la délivrance, dans le coma.

(161) le jour suivant la délivrance, de pneumonie.

(60) 2 jours après la délivrance, de pneumonie.

Les 2 cas de pneumonie se trouvent en relation avec un nombre élevé d'accès. Bien que suites indirectes, ils doivent être considérés comme consécutifs à l'éclampsie.

Mortalité fœtale :

Sur 11 enfants viables, 1 décès.

Considérant de façon globale l'ensemble des 46 cas de métreuryse, nous trouvons :

Une fréquence particulière des lésions cervicales qui surgissent dans près de 30 % des cas.

La disparition des accès après la délivrance dans 57 % des cas.

Avec une moyenne d'accès précédant de 5,3, la mortalité maternelle par éclampsie est de 8 sur 42 soit 19 %.

La mortalité fœtale est de 8 sur 32 soit 25 %.

Version-Extraction.

(21 cas.)

N^{os} 13, 14, 27, 62, 71, 83, 84, 89, 91, 93, 96, 114, 115, 122, 123, 138, 159, 171, 173, 87, 151.

17 cas concernent des primipares.

Parmi ces 21 cas il en est 12 où la délivrance ne fût plus suivie d'accès, soit 57 % :

dans 3 cas après un nombre indéterminé d'accès précédant (14, 71, 171),

» 3 » » 1 accès (27, 84, 114)

» 2 » » 2 » (115, 122),

» 1 » » 3 » (93),

» 1 » » 3-4 » (13),

» 1 » » 5 » (89)

» 1 » » 7 » (96).

Nous trouvons donc (en prenant pour les cas à données insuffisantes une moyenne de 3 accès précédant) que pour cette série dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, elle avait été précédée de 3 accès.

Des 9 cas restant :

Dans 4 cas après 1, 2, 3 et 4 accès précédant, la délivrance, fût suivie de 1 accès (138, 87, 123, 62).

Dans 1 cas après 12 accès précédant, la délivrance fût suivie de 2 accès (83).

Dans 1 cas après un nombre indéterminé d'accès précédant, elle fût suivie de 4 accès (159).

Dans 2 cas après 1 et 12 accès précédant, la délivrance fût suivie de 6 accès (171, 173).

Dans 1 cas après 2 accès précédant, la délivrance fût suivie de 14 accès (91).

En prenant pour le cas à nombre indéterminé d'accès précédant une

moyenne de 4, nous trouvons comme moyenne que dans les cas où 4 accès précéderent la délivrance (exactement 4,5) elle fût encore suivie de 4 accès.

Pour ces 21 cas on mentionne les lésions suivantes :

1 épisiotomie (27), 6 déchirures périnéennes (93, 96, 123, 159, 89, 62), 3 déchirures vaginales (62, 93, 123), 7 déchirures cervicales (14, 89, 173, 114, 91, 93, 138).

Dans un 22^{me} cas on pratiqua également la version et l'extraction, le cas se trouve rangé parmi les cas à forceps parce que l'extraction du 1^{er} des jumeaux se fit par forceps.

Mortalité maternelle :

1 cas sur 21 soit 4 % : (91) mort dans le coma éclamptique, au 3^{me} jour après 2 accès précédant et 14 suivant la délivrance.

Mortalité fœtale : Sur les 21 cas, 20 enfants viables, 5 morts soit 25 %.

Il est à remarquer que dans les cas 114, 115, 122 on pratiqua la perforation de l'enfant; dans le cas 122 il n'était pas viable.

L'arrêt des accès fût obtenu dans 57 % des cas, après une moyenne de 3 accès précédant.

La mortalité maternelle est particulièrement réduite.

Le nombre des lésions des parties molles est élevé — 33 % de déchirures cervicales.

Dilatation d'après Bossi.

(31 cas.)

Ce sont les cas : Nos 8, 11, 20, 22, 48, 52, 55, 24, 26, 67, 69, 73, 76, 77, 79, 82, 88, 90, 92, 98, 103, 104, 120, 144, 147, 157, 167, 168, 169, 178, 177.
24 cas concernent des primipares.

De ces 31 cas, la délivrance amena l'arrêt des accès dans 11 cas, soit dans 35 % des cas :

Dans 2 cas après un nombre inconnu d'accès précédant (22, 24),

» 1 » » 1 accès précédant (88),

» 1 » » 3 » » (73),

» 3 » » 4 » » (26, 77, 178),

» 1 » » 5 » » (55),

» 1 » » 5-6 » » (79),

Dans 1 cas après 9 accès précédant (120),

» 1 » » 12 » » (167).

Nous voyons donc (en prenant pour les cas à données insuffisantes une moyenne de 4 accès) qu'en moyenne dans les cas où la délivrance coupa court aux accès, elle était précédée de 4 accès (exactement 4,2).

3 cas où les accès cessèrent après la délivrance ne peuvent être cependant rangés dans cette catégorie, ce sont les cas :

(8) et (90) à 5 et 30 accès précédant et où la mort survint 2 heures et 1 jour après la délivrance,

(76) où 7 accès avaient précédé la délivrance; la malade mourut au 6^{me} jour suivant la délivrance.

Parmi les 17 cas restant :

Dans 5 cas après un nombre inconnu, 5, 1, 2 et 8 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 1 accès (82, 177, 20, 104, 69).

Dans 3 cas après 2, 4, 21 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 2 accès (103, 52, 67).

Dans 3 cas après 4, 5, 6 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 3 accès (144, 56, 92).

Dans 1 cas après 4 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 6 accès (147).

Dans 2 cas après 3 et 16 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 7 accès (168, 169).

Dans 1 cas après un nombre inconnu d'accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 8 accès (48).

Dans 1 cas après 7 accès précédant, la délivrance fût encore suivie de 10 accès (98).

Nous mettons à part le cas 11 où la délivrance précédée de 15 accès est suivie d'un accès et de la mort 2 heures plus tard.

En faisant donc abstraction du cas 11 et en prenant pour les cas à données insuffisantes, une moyenne de 5 accès précédant, nous trouvons en moyenne que dans les cas où la délivrance était précédée de 5 accès (exactement 5,8) elle fut encore suivie de 3 accès (3,3).

Mortalité maternelle :

Sur les 31 cas, 5 cas de mort, soit 16 %.

Ce sont les cas :

(8) 5 accès précédèrent la délivrance, la malade meurt 2 heures plus tard, selon toute probabilité dans le coma éclamptique;

(90) 30 accès précédèrent, la malade meurt 1 jour plus tard dans le coma (hémorragies cérébrales);

(76) 7 accès précédèrent, la malade meurt 6 jours plus tard (lésions de l'éclampsie, bronchite purulente);

(174) 4 accès précédèrent, 6 suivirent la délivrance, morte dans le coma;

(11) 15 accès précédèrent, 1 violent accès suivit, la mort survint 1 1/2 h. plus tard.

Nous trouvons relaté pour ces 31 cas :

- 2 épisiotomies (79, 177),
- 6 déchirures périnéennes, parmi lesquelles une de III^e (178), (8, 35, 88, 104, 120),
- 3 déchirures vaginales (8, 88, 178),
- 14 déchirures cervicales parmi lesquelles 3 (20, 34, 69) jusqu'à l'insertion vaginale (8, 22, 26, 67, 82, 103, 104, 120, 168, 169, 178),
- 1 déchirure des petites lèvres (168),
- 4 cas présentèrent une hémorragie notable :
- 1 cas une hémorragie après décollement du placenta (73),
- 2 cas une violente hémorragie atonique (11, 76),
- 1 cas une hémorragie notable hors d'une déchirure cervicale (67).

Mortalité foetale :

27 enfants viables, 7 décès soit 25,9 % de mortalité.

La délivrance coupa court aux symptômes convulsifs et à la marche progressive de la maladie dans 35 % des cas, une moyenne de 4 accès avaient précédé.

La mortalité maternelle est de 16 %.

Nous voulons souligner la fréquence toute particulière des lésions cervicales survenant dans 45 % des cas.

Incisions cervicales.

Dans 6 cas on pratiqua des incisions cervicales. Ce sont les cas : 1, 2, 31, 33, 44, 148.

Dans 3 cas la délivrance coupa court aux accès :

Dans 1 cas après 1 accès précédant (148),

» 1 » » 2 » » (44),

» 1 » » 3 » » (33),

Dans 1 cas après 4 accès précédant survint encore 1 accès (31),

» 1 » » 2 » » , survinrent encore 2 » (2),

» 1 » » 2 » » » 5 » (1).

Aucun des 6 cas ne succomba.

Lésions :

1 rupture périnéenne II^e (2),

2 déchirures vaginales, dont une légère (33, 31),

1 fois la déchirure plus lointaine des incisions (148).

Dans 1 cas se trouve mentionné une hémorragie utérine (148).

3 cas furent délivrés au moyen de la perforation du fœtus, suivie d'extraction :

Une fois il s'agissait d'un bassin rétréci (168) ;

dans le second cas (12) le forceps,

dans le troisième cas, la version avait échoué (145).

Dans 3 cas (53, 124, 126) la dilatation digitale fut effectuée pour élargir l'orifice du col.

Dans 1 cas (56) il se trouve mentionné de façon spéciale que cette dilatation fut effectuée par le forceps lui-même.

Pour 2 cas (4, 5) le genre de la délivrance ne pût pas être établi.

Le N° 158 mourut au moment de l'examen avant la délivrance.

Dans 1 cas (137) où la césarienne vaginale était indiquée, se trouvait rendue impossible par une obésité exagérée, la patiente fut délivrée par l'opération de Frank qui ne pût point se faire de façon extra-péritonéale. Elle succomba au 6^e jour à des complications septiques.

Césarienne vaginale.

(76 cas.)

Le matériel sur lequel s'est appuyé Montuoro pour fonder son jugement au sujet de la césarienne vaginale était insuffisant (18 cas) ; il possédait en outre le grand désavantage d'être une compilation de cas épars empruntés aux cliniques les plus diverses et à une série d'opérateurs débutant en la matière. Le dernier reproche s'applique également au résumé de Gobiet (1906) qui se basait sur 60 cas.

Notre étude porte sur 76 cas d'éclampsie traités par la césarienne vaginale à la même clinique, et sous la même direction. Nous voulons rappeler ici les données des auteurs précités afin de mettre ultérieurement leurs conclusions en regard avec les faits fournis par notre étude.

Montuoro (p. 51) reconnaît comme avantages à la césarienne vaginale : la possibilité d'intervention malgré l'intégrité du col ainsi que la rapidité d'exécution. Sur la césarienne abdominale elle a les avantages de demander moins de préparatifs, d'être extra-péritonéale, d'assurer l'écoulement des lochies.

Par contre elle exige une assistance plus nombreuse et mieux stylée, elle doit être pratiquée par un spécialiste et elle ne peut point être appliquée dans tous les cas où l'accouchement forcé se trouve indiqué.

Au point de vue des dangers que court la mère :

1° L'opération est accompagnée d'une très forte et inévitable hémorragie, de par l'incision de la paroi utérine, la déchirure plus lointaine des incisions, les déchirures vaginales et périnéennes, la difficulté de la suture des incisions pratiquées dans la profondeur des tissus.

2° La nécessité du tamponnement utérin.

3° Les dangers d'infection, d'ouverture du péritoine, d'inertie utérine.

Pour les 18 cas qu'il réunit la mortalité maternelle a été de 27,7 %.

Pour les fœtus les dangers sont : les difficultés d'extraction, l'hémorragie hors des incisions qui amène rapidement une asphyxie mortelle.

La mortalité fœtale est pour les cas présentés de 50 %.

Il conclut : la césarienne vaginale ne saurait être pratiquée par le médecin en clientèle privée; en clinique il est préférable d'avoir recours à la césarienne classique qui donne plus de garanties au sujet de la vie fœtale.

Le premier point ne lui sera contesté par personne, Bumm l'a nettement formulé au congrès de Kiel.

Quant au second point la conclusion de Montuoro nous semble des plus sujettes à caution.

Nous nous en tenons aux chiffres de Montuoro lui-même :

Dans les cas d'éclampsie et de	pour la mère	pour l'enfant
césarienne abdominale la mortalité est de	56,4 %	36,3 %
césarienne vaginale » » »	27,7 %	50 %

Quand même il n'y aurait que ces données, que nous n'hésiterions point à reconnaître la supériorité de la seconde intervention.

Gobiet (72) plaida pour la césarienne vaginale ; il réunit

60 cas. La mortalité maternelle est de 28 % avec 1,6 % du chef d'infection. Il met en évidence la statistique de Hamerschlag (73) au sujet de la césarienne abdominale dans les cas d'éclampsie, mortalité maternelle de 56 % dont 12 % du chef d'infection.

Dührssen lui-même se base sur une compilation de 112 cas pour avancer une mortalité maternelle de 15 % avec 2 % du chef d'infection. 33 cas avec une mortalité de 1 cas ont été fournis par Veit (74). Malheureusement des données précises au sujet de la situation clinique de ces cas font défaut.

De notre matériel d'étude 76 cas d'éclampsie ont été traités par la césarienne vaginale. Dans ces cas l'opération a été pratiquée à un moment où la délivrance hâtive sans intervention « dangereuse » paraissait exclue, en d'autres mots où la délivrance ne pouvait être pratiquée que par l'accouchement forcé. Bien plus, dans la plupart des cas le col était maintenu en tout ou en partie, si bien que la césarienne vaginale constituait en l'occurrence le seul procédé « correct » de délivrance.

Nous avons recherché, pour autant que les feuilles cliniques le permettaient les données relatives à l'âge ou à la situation génitale des malades.

Parmi les 76 cas il y avait :

64 primipares soit 84,2 %

11 multipares soit 14,5 %

Il y avait âgées de :

15—20	20—25	25—30	30—35	35—40 ans	
23	24	14	6	2	malades
30,3 %	32,1 %	18,4 %	7,9 %	2,6 %	

Intervention opératoire.

INCISION. — L'incision vaginale, le refoulement de la vessie et l'incision de la paroi utérine ne sont pas accompagnés d'une forte hémorragie. Et précisément l'hémorragie hors de l'incision utérine loin d'être « très forte et inévitable » est réduite, souvent presque nulle lorsque conformément au procédé du Prof. Bumm, elle est menée de façon méthodique sur la ligne médiane au fur et à mesure que des pinces Museux accrochant les rebords de l'incision tendent les tissus et attirent de nouvelles surfaces de l'organe utérin dans le champ opératoire.

Comment se comporte à ce sujet l'incision de la paroi postérieure, nous ne saurions l'affirmer faute de données personnelles en la matière. Un avantage incontestable d'une incision unique antérieure se trouve être d'assurer davantage à l'opération son caractère extra-péritonéal.

Des lésions vésicales peuvent être produites au moment du refoulement de la vessie et de son détachement de la paroi utérine antérieure. Ce refoulement est des plus aisés lorsqu'il s'opère dans la couche de tissu conjonctif lâche. Dans certains cas, soit qu'on n'ait point réussi à se diriger dans cette couche, soit que les tissus dans leur ensemble se trouvent être plus résistants, on peut par l'effort déployé pour le refoulement ou par l'incision directe en voulant sectionner les tissus intermédiaires pratiquer des lésions vésicales. Eviter ces lésions accidentelles est affaire de technique. Elles sont facilement décelées par cathétérisme.

EXTRACTION. — Dans certains cas on peut être forcé à extraire au forceps. Ordinairement la tête n'est pas si profondément engagée et dans ces conditions la version suivie de l'extraction doit être préférée en raison des avantages qu'elle présente sur l'application du forceps au détroit supérieur. On détache donc les pinces des bords de la section utérine, on introduit la main à travers la plaie et on pratique la version

sur le pied. La présentation naturelle du siège épargne la version. L'extraction du corps fœtal n'est guère difficile, ni dangereuse, la tête peut au contraire provoquer des lésions étendues et variées.

Et d'abord la déchirure plus lointaine de la plaie utérine est un danger qui fut mis en évidence de façon toute spéciale. L'objection est particulièrement importante pour notre matériel d'étude où fut pratiquée de façon exclusive l'unique incision antérieure. Pareilles déchirures qui se produiraient dans la hauteur de l'organe donneraient lieu à des hémorragies qu'on ne sait combattre que par l'hystérectomie totale. Et la césarienne vaginale étant pratiquée dans la grande majorité des cas chez des primipares, l'opération ainsi compliquée deviendrait un désastre. Heureusement il n'en est point ainsi. Au cours des 76 interventions pratiquées pour éclampsie, il est survenu 3 fois une déchirure latérale du col (32, 44, 75); une fois survint une minime déchirure plus lointaine de l'incision verticale (61), une fois une légère déchirure à droite (66). Ces lésions n'entraînèrent point de complication. Dans le cas 22 c'est la tension trop forte exercée par les pinces qui en fut la cause. Une fois l'autopsie décela une perforation utérine qui ne se trouvait pas en rapport avec la plaie opératoire (19) (Version!).

La rareté de ces lésions utérines se comprend facilement de par le fait que la paroi utérine est un treillis de fibres musculaires, que les faisceaux musculaires y ont des directions les plus diverses, opposent des résistances sensiblement égales dans tous les sens et constituent simultanément un tissu éminemment distensible. Dans un cas le Professeur Bumm sût extraire une tête à circonférence sub-occipito-frontale de 34 cm. à travers une incision de 7 cm. sans déchirure plus lointaine. Dans le cas 67 l'incision cervicale ne dépassa que légèrement l'orifice interne du col; le Prof. Bumm sût extraire sans déchirure plus lointaine un enfant de 44 cm. Voilà des faits cliniques. Avec une technique correcte le danger ne réside donc pas là.

C'est au niveau des parties molles extra utérines du canal génital que l'extraction de la tête peut amener des lésions diverses. Heureusement celles-ci se trouvent être beaucoup moins dangereuses. Voici ce que nous révèle à ce sujet l'étude des 76 cas opérés pour éclampsie.

Dans 15 cas soit 19,7 % parmi lesquels 13 primipares le fœtus mesurait 50 cm. ou au-delà. Ce n'est que dans quatre cas que nous ne trouvons point renseignées de lésions vaginales ou périnéennes consécutives à l'extraction. Ce furent les cas 12 où il s'agit d'une XVI-pare, le cas 19, où il s'agit d'une II-pare, le cas 59 et le cas 69, où il s'agit de primipares. Parmi les 11 autres cas, une large incision vaginale prophylactique fut effectuée chez la patiente 50, une épisiotomie chez les patientes 22, 51, 59. Chez les 7 cas restants, également encore chez le N° 22, cas qui concernaient tous des primipares, l'extraction provoqua les lésions les plus diverses, depuis la rupture périnéenne II° (7, 1, 54) et la déchirure de la paroi vaginale (9, 22) jusqu'à la fistule vésico-vaginale (48, 11) la déchirure vésicale (58), la rupture périnéenne III° (5, 58) et la combinaison de ces lésions entr'elles et avec la fistule vagino-rectale (11). 3 cas eurent une évolution afébrile, parmi les autres 3 cas des 1° de 39, 39,2 et 40 (11, 54, 69).

En résumé, dans 5 cas, soit le tiers, survinrent des lésions extra-utérines étendues.

Dans 27 cas, soit 34,7 %, parmi lesquels 23 primipares, le fœtus mesurait de 45 cm. incl. à 50 cm. excl., 1 cas est à écarter comme absolument atypique (64). Parmi les 26 restants nous trouvons, à côté de 11 épisiotomies et 2 incisions vaginales (33, 50), 9 déchirures vaginales (2, 32, 33, 44, 49, 61, 65, 71, 72, 75), 5 déchirures périnéennes (II°, 10, 62), (III°, 71, 72), dans le cas 65 la déchirure périnéenne se trouve être de II°-III°. Nous ne trouvons point renseignées de lésions autres que la lésion opératoire typique chez les cas 1 (II-pare, fœtus 48 cm.), 13 (I-pare, 45 cm.), 26 (I-pare, 46 cm.), 29 (I-pare, 47 cm.), 55 (I-pare, 49 cm.), ainsi donc chez des

pluripares ou des primipares à fœtus de dimensions déjà réduites ; le cas 55 constitue toutefois exception.

Dans 34 cas, soit 44,7 %, le fœtus n'atteignait pas la longueur de 45 cm. Parmi ces cas nous trouvons, à côté d'une incision vaginale (20) et de deux épisiotomies prophylactiques (25, 57), une lésion vésicale (40), une déchirure vaginale (24) et quatre déchirures périnéennes (24, 35, 45, 67). Outre la plaie opératoire typique des lésions extra-utérines opératoires accidentelles furent donc présentes dans 9 cas sur 32. 8 cas succombèrent aux accès, au coma ou à la pneumonie, des 26 cas restants, 17 eurent une évolution entièrement apyrétique.

Nous soulignons la bénignité de l'intervention opératoire dans ces deux dernières catégories, soit 78 %.

Etudions encore un instant la *lésion vésicale*. Si la vessie est lésée avant l'extraction fœtale, la blessure est toujours décelée par l'exploration des parois vésicales avec la sonde introduite par l'urèthre. Dans certains cas nous trouvons que la lésion vésicale n'est décelée qu'après extraction (11, 24, 38, 58, 68) ou ne se montre que quelques jours après l'intervention opératoire sous forme de fistule (41, 48). Dans 3 de ces cas sur 5, de profondes lésions des parties molles périnéennes accompagnèrent la lésion vésicale. Nous ne pouvons comprendre cette dernière lésion que comme le résultat d'une trop forte compression au moment de l'extraction de la tête fœtale. Aussi les trois lésions typiques de ce genre (11, 48, 58) furent-elles observées dans des cas où le fœtus mesurait au moins 50 cm. (Dans la provocation des lésions du cas 40 divers facteurs ont sans aucun doute combiné leur action.) La vessie est située dans la cavité abdominale ; pour qu'elle soit lésée par compression au moment de l'extraction, il faut qu'elle soit entraînée au niveau du détroit supérieur ou dans le petit bassin. Cette descente est des plus faciles à comprendre ; la paroi utérine antérieure qui servait de soutien à la vessie est incisée ; si lors de la version l'introduction de la main et de l'avant-bras écarte la vessie en avant, le fond vésical doit fatalement au moment où la main qui a saisi le pied fœtal est

retirée, être entraînée vers le bas et être prise ultérieurement entre le corps fœtal et la paroi osseuse du bassin, de là les lésions dans les cas d'extraction difficile.

Peut-être pourrait-on parer à l'accident dans une certaine mesure en maintenant distendus et attirés vers l'avant les rebords de la plaie utérine, au moyen de deux gros fils de catgut passés au niveau de l'orifice externe du col. Dührssen a déjà recommandé ce procédé pour retrouver aussitôt les lèvres de l'incision.

EXPULSION DU PLACENTA. — La césarienne vaginale est pratiquée là où une délivrance hâtive par d'autres procédés est exclue, là où les douleurs sont absentes ou peu accentuées; les feuilles cliniques mettent en évidence que *34 fois parmi les primipares le col était maintenu et fermé*. La conséquence fatale de cette condition d'intervention est que l'organe se trouve au moment de l'opération en plein repos ou au tout début de son activité. Le manque de rétraction suffisante ou l'atonie complète provoquent après décollement partiel ou total du placenta des hémorragies abondantes. Celles-ci nécessitent dans 32 cas sur 76, soit dans 42 % des cas, le tamponnement utérin. Dans nombre de cas ce tamponnement fut, il est vrai, de courte durée (quelques heures). Ce constitue néanmoins un danger dès qu'on n'est point sûr de son asepsie. Et on peut en déduire aussitôt les contre-indications d'opérer en clientèle privée.

La forte perte de sang perdit probablement la patiente 29.

Ce sont précisément les conditions d'opération qui ont fait que Dührssen présenta l'ensemble de sa méthode comme consistant en hystérotomie, extraction, décollement manuel du placenta et tamponnement utérin. Bumm, au contraire, veut attendre autant que possible l'expulsion normale du placenta. Notre statistique démontre que, en procédant de la sorte, on peut singulièrement réduire les cas à décollement manuel du placenta, ici 6 cas, soit 7,8 %.

Le tamponnement utérin fut néanmoins nécessaire dans un grand nombre de cas, 43,4 %⁽¹⁾.

Des 15 cas où le fœtus mesurait de 45 à 50 cm., il fallut pratiquer le tamponnement utérin dans 9 cas, 60 %.

Des 25 cas où le fœtus mesurait de 45 à 50 cm. il fallut le pratiquer dans 13 cas, 52 %.

Des 34 cas où le fœtus mesurait moins de 45 cm., il fallut le pratiquer dans 11 cas, 32 %.

Dans 2 cas la longueur du fœtus n'est pas donnée (66, 73).

L'importance de l'hémorragie croît avec la grandeur du fœtus. A priori c'était là une relation probable. L'intervention opératoire ne durant que quelques minutes et pouvant être menée à coup sûr, l'administration prophylactique pré-opératoire de doses massives d'ergotine se trouve indiquée.

La valeur du tamponnement de la partie cervicale supravaginale, telle que Dührssen l'appliqua, ne saurait faute de données comparables être précisée. Peut être eût-elle évité les complications péritonéales du cas 55.

SUTURE. — La suture des lésions vésicales accidentelles n'offre pas de difficultés. Sur l'ensemble du matériel en question nous n'avons trouvé relaté que 2 fois la fistule vésico-vaginale parmi les suites de l'opération (11, 48). 7 fois se trouvait relatée la blessure vésicale au cours de l'opération elle-même.

La suture de la plaie utérine est simple; c'est une suture continue au catgut prenant la presque totalité de la paroi.

La fréquence d'une certaine déhiscence ultérieure des lèvres de l'incision cervicale (3, 4, 12, 15, 32, 42, 57) a conduit à essayer la suture de la portion vaginale avec du silkgut, ne se résorbant pas et maintenant l'adaptation des parties (31). Des données précises de comparaison ne se retrouvent point dans les feuilles cliniques. L'emploi au niveau de la portion

(1) Nous croyons que l'application du procédé de Momburg réduira dans une large mesure, si pas en totalité, la nécessité du tamponnement utérin.

vaginale du col du second matériel de suture est sans aucun doute plus rationnel.

Dans un seul cas (60) on observa ultérieurement une rétention de lochies à laquelle on pût promptement remédier. Ce cas constitue donc cas-exception et ne nécessite point, croyons-nous des modifications de technique.

Le tamponnement vaginal a pour but de maintenir distendues les parois et d'amener par là une adaptation plus exacte des surfaces de section.

EPISIOTOMIE. — Nous voulons considérer un instant l'évolution des épisiotomies et des déchirures périnéennes. La cause dominante qui provoque dans nombre de cas une guérison défectueuse est l'adaptation défectueuse des surfaces de section. En polyclinique nous avons pu nous instruire à ce sujet. Aussitôt l'épisiotomie pratiquée, les faisceaux du constricteur du vagin attirent dans la hauteur les parties centrales de la plaie. Dirige-t-on ultérieurement un fil verticalement en partant de la peau et en passant en arrière du point le plus profond de l'incision pour ressortir en bas à la surface cutanée et ferme-t-on l'anse ainsi formée on constate que les rebords cutanés s'invaginent fortement, l'adaptation est des plus défectueuses et provient de la tension dans la hauteur des parties centrales supérieures et inférieures de l'incision. Les lèvres externes de la plaie se juxtaposent-elles de façon satisfaisante, l'adaptation des tissus profonds peut faire défaut et on peut trouver après 8-10 jours au niveau de la paroi vaginale l'entrée d'un recessus, d'un défaut de substance correspondant à la partie centrale de l'épisiotomie. Nous nous expliquons le fait de par le phénomène déjà signalé de la rétraction du constricteur et de la formation d'un espace vide. Que pareils recessus peuvent en s'infectant provoquer à eux seuls une évolution fébrile est évident, et cette évolution fébrile survient à coup sûr lorsque de façon secondaire des plaies opératoires concomitantes viennent à s'infecter.

Le remède est facile, il suffit d'amener une adaptation plus

intime des tissus sectionnés, d'éviter la formation de recessus. Dans ce but nous avons adopté la suture suivante qui nous a donné des résultats satisfaisants : nous passons un ou plusieurs fils aussi profondément que possible à travers les parties médianes supérieures puis inférieures de l'incision. Avant de faire les ligatures nous conduisons un autre fil en partant du rebord cutané supérieur, de façon sous-muqueuse et à quelques 2-3 mm. de l'incision vaginale tout le long de cette plaie de façon à ressortir au rebord cutané inférieur. Nouant les fils placés au milieu de l'incision nous adaptons les parties profondes et aussitôt nous voyons le rebord vulvaire reprendre sa configuration normale. Serrant le fil sous-muqueux, nous voyons les rebords de la plaie vaginale s'adapter intimement. Des points de suture dans la muqueuse vaginale ne sont nécessaires que lorsque la plaie vaginale est trop étendue pour permettre le procédé décrit; dans nombre de cas on est forcé de mener en plusieurs fois le fil vaginal de façon sous-muqueuse. Quelques sutures cutanées profondes avec adaptation exacte des bords complètent la réunion. Par l'absence des points de suture vaginaux la plaie vaginale est réduite à son minimum tandis que la formation de recessus au niveau des parties profondes est évitée.

DANGER VITAL DE L'OPÉRATION. — Si nous voulons rechercher les dangers de l'opération au point de vue vital dans les cas d'éclampsie, nous devons à toute évidence faire abstraction des cas qui ont succombé à la marche progressive de la maladie, peut-être aussi de ceux qui après rétablissement passager ont succombé à une pneumonie ou à un œdème pulmonaire. Le cas 64 (grossesse tubaire) occupe une situation toute spéciale et ne fait point partie des véritables césariennes vaginales. Outre ce dernier cas nous avons donc à retrancher les cas 6, 13, 18, 34, 47, 56, 58, 63, 68, 70. Demeurent 65 cas présentant :

3 décès (1, 2, 55) par complications pulmonaires dépendant sans aucun doute bien plus de l'éclampsie que de l'intervention

opératoire. 2 décès (29, 19) par hémorragie, mais hémorragie ne dépendant pas des incisions chirurgicales. Dans 1 cas il y avait eu rétention d'un cotylédon placentaire, dans l'autre une atonie pure. Ce sont encore là des complications obstétricales d'ordre général, n'offrant rien d'exclusif à l'intervention elle-même.

3 décès (40, 54, 66) par complications septiques, peut-être aussi le cas 55, encore celles-ci ne présentent rien de bien caractéristique. Elles ont sans aucun doute été favorisées par la situation d'intoxiquée éclamptique dans laquelle se trouvait l'opérée; le fait nous semble démontré par les considérations suivantes :

Si nous nous en tenons strictement au point de vue général qui nous occupe en première ligne, les résultats de la délivrance hâtive-immédiate, et que nous ne tenons compte, comme de droit, que des cas réellement délivrés de façon hâtive ou immédiate, avant le 5^{me} accès p. ex., les 3 cas de pneumonie, 2 cas de complications septiques (66, 40) et un cas d'hémorragie (19) n'entrent plus en ligne de compte; ne restent que 2 décès, 1 par hémorragie (29) et 1 par infection (54).

En conséquence si nous voulons rechercher la mortalité par complications septiques pour les seules césariennes vaginales pratiquées dans les cas de délivrance hâtive-immédiate au cours de l'éclampsie, nous trouvons la donnée de 1 sur 59 soit 1,7 %.

Nous nous croyons en droit de rejeter la responsabilité de l'issue fatale dans les cas à accès nombreux, traités d'abord de façon expectative, tout en attribuant à l'intervention l'issue favorable qui survint après césarienne dans d'autres cas analogues. (1)

De tout ce qui précède nous concluons :

Avec une technique exacte la césarienne vaginale ne présente ni la gravité, ni les difficultés que Montuoro lui imputa.

(1) Pour les cas-accidents qui se sont présentés, nous avons à envisager encore une autre circonstance que nous signalons au cours du résumé général.

1. On opère sous le contrôle de la vue.

2. Une incision utérine de 10-12 cm. suffit à écarter le danger de déchirure plus lointaine au moment de l'extraction. Notre statistique démontre la justesse de la technique de Bumm.

3. Les lésions vésicales précédant l'extraction se laissent éviter par une technique correcte. Celles pouvant survenir au moment de l'extraction se laissent facilement déceler et réparer.

4. La fréquence des autres lésions étendues des parties molles démontre l'exactitude des larges incisions prophylactiques de Dührssen. Ces lésions des parties molles sont les lésions qu'amène l'extraction rapide par les pieds chez la primipare. Ce ne sont point des lésions propres à la césarienne vaginale.

Quiconque veut appliquer ici après incision utérine la méthode de Ahlfeld qui chaque fois qu'il estime la femme en danger vital, perfore l'enfant vivant dès que la chose est faisable, pourra procurer à la mère tous les avantages de la césarienne vaginale c'est-à-dire de la délivrance immédiate sans lui faire courir les dangers de l'extraction de l'enfant vivant.

Les lésions étendues des parties molles sont le tribut de l'extraction de l'enfant vivant. Recherchons donc quels sont les avantages que procure à l'enfant cette extraction rapide qui amène pour la mère des lésions le plus souvent inévitables.

L'ensemble des fœtus vivants et viables (en comptant tous les fœtus au delà de 40 cm. de longueur!) forme un total de 57, 36 enfants ont quitté la station en bonne santé, ce qui donne une mortalité de 36 %.

Le résultat est beau, il n'y a pas à en disconvenir. Nous le jugerions un crime de vouloir éviter les lésions des parties molles en pratiquant de façon méthodique la perforation.

Bien au contraire nous concluons :

De larges incisions prophylactiques sont de rigueur dans les cas où la grandeur du fœtus est évaluée à 50 cm. ou au delà. Encore nécessaires dans les cas de 45 à 50 (excl.) elles deviennent superflues lorsque le fœtus est de grandeur moindre.

La convalescence ne présente point de troubles bien spéciaux à l'intervention opératoire, elle a une durée moyenne de 19 jours.

RÉSULTATS PLUS LOINTAINS. — Au sujets des résultats plus lointains de l'intervention opératoire il nous semblait important de rechercher en quelle mesure les lésions opératoires provoquent ultérieurement des troubles dans le fonctionnement de l'appareil génital au point de vue menstruation, et douleurs en général et au point de vue grossesse et accouchement.

Il y a une année nous avons essayé de nous procurer des données à ce sujet. A 60 femmes opérées de césarienne vaginale à la suite d'indications diverses et dont l'opération datait de plus d'une année, nous avons envoyé des demandes de renseignements portant sur divers points. 27 lettres nous sont revenues avec renseignements.

Au sujet du chapitre grossesse et surtout accouchements, qui constituait un point important, nous étions bien conscients que le matériel clinique et policlinique de la grande ville dont nous disposions se prêtait fort mal à pareil genre de recherches. Nos craintes ont été pleinement confirmées. A la question : Avez vous été enceinte depuis ? Plusieurs patientes répondirent ouvertement : Non, je prend mes précautions.

L'avortement (médical !) fût pratiqué chez 3 patientes au second, troisième et cinquième mois. Une patiente relate un accouchement prématuré à la suite de mort de l'enfant au huitième mois, une patiente deux avortements au quatrième et au septième mois, une troisième deux avortements au sixième et au troisième mois. Il est des plus difficiles pour pareils cas de discerner dans quelle mesure l'avortement est provoqué ou dû à un trouble général ou local.

Une des patientes opérées de césarienne vaginale est rentrée ultérieurement à la clinique avec des perforations de la matrice à la suite d'essais d'avortement. Elle a succombé à la péritonite malgré l'hystérectomie totale aussitôt pratiquée.

Au point de vue des données au sujet d'accouchements ultérieurs notre essai de recherches ne nous a rien fourni. Ultérieurement il nous fut donnée d'observer en policlinique une ancienne opérée de césarienne au 8^e mois de la grossesse (n° 46). La grossesse était absolument normale, le col avait l'aspect d'un col de primipare, sans cicatrice reconnaissable ! Les considérations énoncées plus haut nous défendent de bâtir des conclusions sur ce résultat négatif, d'autant plus que

d'autres auteurs virent après césarienne vaginale des accouchements spontanés ou opératoires suivre le cours normal, tels les cas de Dührssen, Wennerström, Jerie (75), Westphal (76). Ce dernier cas de Westphal se trouve être particulièrement intéressant comme ayant donné lieu lors de la publication de la césarienne vaginale aux critiques de Ahlfeld et de Krøemer (l. c.), (77). Ces derniers auteurs avaient en réponse à cette première publication mis en évidence, au point de vue théorique, les dangers pour des accouchements ultérieurs.

La patiente de Westphal lui revint 4 mois plus tard avec des œdèmes de la figure et des jambes, dans l'urine 2 % d'albumine. Grossesse de 2 1/2 mois. Absence d'adhésions. Au niveau du col une légère encoche ne dépassant pas les limites physiologiques. Diète lactée, repos, diurétiques. 14 jours plus tard avortement spontané. Après 7 semaines état des organes génitaux absolument normal.

7 mois après l'opération, nouvelle grossesse, évolution normale, accouchement à terme, rapide et facile.

Le premier avortement doit sans aucun doute être rapporté à la néphrite. Au cours de l'avortement comme au cours de l'accouchement, la dilatation du col n'a fait aucune difficulté.

Au groupe de questions demandant :

Avez-vous à vous plaindre depuis l'opération de douleurs ou d'incommodités particulières au cours du travail ; au cours de la menstruation ; à la miction ?

18 répondirent : non.

9 se plaignirent :

De douleurs dans les reins : 4. Chez 2 patientes il s'agissait de plaie compliquée de la paroi utérine ;

De douleurs à la miction : 4.

Deux de ces malades étaient atteintes antérieurement de néphrite. Aucune de ces patientes ne présenta au cours de l'opération une lésion vésicale tandis qu'une patiente atteinte de lésion vésicale ne se plaignait que de douleurs dans les reins.

De douleurs particulières se plaignirent deux patientes : une de douleurs dans le côté droit au moment de la défécation et aux jours des règles, une autre de fortes douleurs momentanées localisées dans le bas-ventre du côté gauche. Pour ce

dernier cas des lésions étendues des parties molles et une évolution fébrile nous laissaient entrevoir les relations avec l'opération.

Les réponses aux questions plus spéciales relatives à la régularité, la durée des règles et aux douleurs au cours de la menstruation ne furent point sans nous surprendre quelque peu. Elles vinrent confirmer une observation antérieure de v. Bardeleben (78).

15 anciennes opérées n'avaient point remarqué de différence d'avec leur état antérieur. 2 se plaignirent de menstruation plus longue que précédemment, une de menstruation irrégulière, une de fortes douleurs avant la menstruation, deux de douleurs plus fortes au cours de la menstruation.

Par contre chez 7 anciennes opérées la menstruation devint beaucoup plus facile après l'intervention opératoire. Chez deux d'entr'elles les douleurs au cours des règles avaient disparu tandis qu'antérieurement elles forçaient la patiente au repos au lit.

En résumé : Au sujet de troubles ultérieurs provoqués par les lésions opératoires, nos données sont, croyons-nous, rassurantes.

Rarement l'intervention opératoire est cause de troubles ultérieurs. Souvent les inconvénients et douleurs de la menstruation disparaissent.

Valeur clinique.

Abordons maintenant la question principale à savoir la valeur clinique de l'accouchement forcé immédiat que permet dans les cas d'éclampsie la césarienne vaginale.

Un premier point intéressant se trouve être de rechercher l'influence de l'intervention opératoire sur la marche des accès.

Dans 2 cas la malade succomba aussitôt après l'opération à la suite d'hémorragie (19) ou au cours de l'intervention opératoire elle-même à

cause des complications toute particulières du cas (64). Ils sont à éliminer d'une statistique au point de vue spécial qui nous occupe.

Il nous reste 74 cas. Dans 53 cas l'opération coupa court aux accès. Mais dans 2 cas (34, 68) aux accès fit place le coma. Ces cas ne peuvent être envisagés comme cessation des accès dans un sens utile au malade. Demeure à ce dernier point de vue la donnée :

Sur 74 cas, l'intervention a coupé court aux accès dans 51 cas, soit dans 68,9 % des cas.

L'arrêt des accès fût obtenu après qu'avaient précédé :

Dans 4 cas (21, 44, 49, 57)	1 accès.
» 10 » (9, 25, 27, 28, 36, 38, 52, 65, 67, 75)	2 »
» 9 » (7, 16, 17, 22, 30, 41, 50, 69, 74)	3 »
» 5 » (29, 39, 53, 62, 54)	4 »
» 9 » (1, 5, 14, 42, 46, 51, 60, 66, 71)	5 »
» 1 » (15)	6 »
» 2 » (20, 43)	8 »
» 1 » (8)	9-10 »
» 2 » (32, 76)	10 »
» 1 » (2)	11 »
» 1 » (40)	12 »
» 1 » (10)	13 »
» 1 » (37)	16 »
» 1 » (48)	20-30 »

Dans 3 cas le nombre d'accès était indéterminé (3, 4, 11).

Si nous voulons nous en tenir à une moyenne (en prenant pour les 3 derniers cas une moyenne de 4 accès précédant) nous trouvons que : l'opération intervenant en moyenne après le 5^{me} accès coupa court aux accès.

Si dans 68,9 % des cas l'opération coupa court aux accès il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre de cas succombent ultérieurement à des complications diverses. Dans la maladie l'accès n'est qu'un symptôme dénotant directement une action toxique sur le système nerveux central. La maladie elle-même comme l'intervention opératoire peuvent de façon indirecte amener des complications diverses.

Nous avons déjà vu que dans 2 cas (68, 34) où l'intervention opératoire fût précédée de 3 et 5 accès les malades succombèrent ultérieurement au coma éclamtique.

1 cas (29) semble avoir succombé 2 jours plus tard aux conséquences d'une forte hémorragie; le cas 19 déjà mentionné, où 5 accès avaient précédé, succomba à l'hémorragie aussitôt après l'intervention;

2 cas (1, 2) où avaient précédé 5 et 11 accès succombèrent au 6^{me} et au 2^{me} jour à une pneumonie et à un œdème pulmonaire; le dernier cas est quelque peu douteux;

Enfin 3 cas (54, 66, 40) où avaient précédé 4, 5 et 12 accès succombèrent le 9^{me}, le 8^{me} et le 4^{me} jour à des complications septiques.

Parmi les 53 cas où l'opération coupa court aux accès, il est donc 2 cas où la maladie ne fût pas améliorée de ce chef et où la mort survint dans le coma éclamptique, 7 cas où la cessation des accès doit être considérée comme résultat favorable bien qu'ultérieurement surviennent encore l'issue fatale à la suite de complications.

A propos de ce résultat final qu'on pourrait objecter à la thèse de l'accouchement forcé nous voulons mettre en évidence qu'à une exception près (68) n'ont succombé que des cas où plus de 3 accès avaient précédé l'intervention opératoire, si bien que de façon globale nous avons à relater :

Sur 14 cas où avaient précédé de	1-2 accès	0 décès	0
» 23 » » »	1-3 »	1 »	(4,3 %)
» 20 » » »	4-10 »	6 »	(30 %)
» 5 » » »	11-30 »	2 »	(40 %)

La thèse de la délivrance immédiate ne s'en trouve que renforcée. Si un rapport immédiat entre le degré de l'hémorragie au cours de l'intervention opératoire et une intoxication éclamptique est difficilement concevable, on ne saurait en dire autant d'un rapport entre le degré d'intoxication éclamptique et la résistance de la malade à l'infection, encore moins au sujet d'une relation entre le nombre des accès et une complication pulmonaire.

Nous sommes donc bien en droit de souligner que dans près d'un tiers des cas (23 sur 74) où l'intervention opératoire survint après le 1^{er}, 2^{me} ou 3^{me} accès, cette intervention fût suivie à une exception près de la cessation des accès et du rétablissement de la malade.

Or, parmi ces 23 cas nous trouvons relaté :

12 fois, soit dans plus de la moitié, le col maintenu et fermé;

1 fois le col maintenu;

5 fois une ouverture de l'orifice externe jusqu'à la perméabilité à 1 doigt.

5 fois un status ne se trouve point renseigné de façon nette.

Dans cette statistique prédominent, et de loin, les cas à situation clinique particulièrement compliquée. Nous croyons en conséquence qu'on est forcé de lui attribuer une importance et une valeur toute particulières. La statistique de Möhlmann (l. c.) mettant en relief les résultats favorables d'un traitement expectatif relatif après les premiers accès se faisait surtout remarquer par le manque complet de ces cas au sujet desquels précisément se dresse le problème de l'accouchement forcé.

Nous croyons d'autre part que le nombre de cas est suffisamment élevé pour mettre la donnée à l'abri des reproches qu'on peut faire aux statistiques réduites.

Il ne viendra certes à l'esprit de personne d'expliquer le résultat final en admettant d'emblée qu'il s'agissait en l'occurrence de 22 cas d'éclampsie bénigne. L'incertitude absolue du pronostic en la matière interdit pareilles explications; cela d'autant plus que ces 22 cas se trouvent disséminés sur une période de 5 ans.

Des 21 cas restant où l'opération ne coupa pas court aux accès un certain nombre démontrent néanmoins l'influence salutaire de la délivrance. Ainsi survinrent encore ultérieurement à l'opération :

Dans 1 cas après un nombre inconnu d'accès précédant l'intervention

	1 accès (35).
Dans 1 cas après 4 accès précédant	2 » (45).
» 2 » » 6 » »	1 » (59, 72).
» 1 » » 7 » »	1 » (23).
» 1 » » 9 » »	2 » (12).
» 1 » » 9 » »	3 » (73).
» 1 » » 12 » »	2 » (24).

Dans quelques cas la proportion est moins favorable :

Dans 1 cas après 13 accès précédant suivent 6 accès (26).

» 1 » » 6 » »	» 4 » (31).
» 1 » » 7 » »	» 6 » (61).
» 1 » » 12 » »	» 11 » (55).
» 1 » » 8 » »	» 8 » (33).

Parfois à partir du moment de la délivrance les accès s'espacent de façon très régulière (p. ex. 55).

Si nous voulons prendre pour les 12 derniers cas à données exactes une moyenne, nous trouvons, en rapportant simultanément la moyenne précédemment établie que :

L'opération intervenant en moyenne après le 5^{me} accès coupa court aux accès,

L'opération intervenant en moyenne après 8 accès est encore suivie en moyenne de 5 accès.

Dans 7 cas (6, 56, 13, 47, 58, 63, 70) la mort doit être attribuée à la marche progressive de la maladie malgré l'intervention opératoire, celle-ci avait été précédée respectivement de 9, 20, 22, 24, 30, 25 accès, dans le cas 58 d'un nombre indéterminé d'accès, elle fût suivie avant la mort de 1 (6, 56, 13), 10 (47, 70), 15 et 40 accès.

Dans le cas 55 la mort est due à des complications pulmonaires ou à des complications septiques.

Enfin chez une patiente (18) après 4 accès précédant, l'opération coupa court, puis au 13^{me} jour des couches survint une ^{te} de 40°, 6 nouveaux accès et la mort.

Parmi ces 7 cas, il se trouve 5 fois relaté de façon très nette que le col était maintenu au moment de l'intervention.

Après les donnés qui précèdent il est évident que l'issue fatale doit être attribuée au grand nombre d'accès qui ont précédé l'intervention, au stade avancé de l'intoxication éclamptique dont la responsabilité incombe tout entière à une thérapeutique expectative.

Sur le domaine de discussion de la délivrance immédiate par l'accouchement forcé la mortalité globale brute a une valeur nulle. Avec le nombre d'accès la situation clinique s'aggrave. L'intervention opératoire a précisément pour but de prévenir cette aggravation par la délivrance immédiate. Il est évident qu'on ne saurait parler de délivrance immédiate pour des cas livrés en clinique après essai de traitement expectatif au dehors. Ainsi que le démontrent nos tableaux, la césarienne se trouva encore indiquée dans nombre de cas où des 20 et 30 accès avaient précédé.

Si nous voulons nous faire une idée exacte de la valeur thérapeutique de la délivrance immédiate, dans les cas de l'accouchement forcé par césarienne vaginale nous devons étudier les résultats dans les cas à nombre d'accès réduit.

Nous trouvons alors pour l'ensemble des cas où on pût intervenir :

Avant le 3^{me} accès, une mortalité de 0 pour 14, 0 %.

» 4^{me} » » » I » 23, 4,3 %.

Considérant l'ensemble des données fournies par notre étude sur la césarienne vaginale, nous en arrivons à la conclusion que les objections faites sont en partie théoriques et ne correspondent point à la réalité des faits. Celles qui se trouvent être exactes constituent des désavantages ou des dangers de l'intervention, surtout imputables non point à l'intervention elle-même mais aux conditions cliniques particulièrement compliquées dans lesquelles on se trouve forcé d'intervenir. Que ces complications se réduisent à mesure de la rapidité d'intervention se trouve nettement démontré. La mortalité maternelle se réduit à 0 % dans les 14 cas, à 4,3 % dans les 23 cas d'interventions les plus hâtives.

La mortalité fœtale est tout au plus de 36 %.

La statistique de Montuoro donnait :

Dans les cas d'éclampsie et de	Pour la mère	Pour l'enfant
césarienne abd., la mortalité est de :	56,4 %	36,3 %
césarienne vag., la mortalité est de :	27,7 %	50 %

Ces données sont réfutées par notre étude s'appuyant sur un matériel 4 fois plus étendu. Mortalité maternelle et mortalité fœtale n'atteignent pas et de loin les chiffres avancés par Montuoro.

Nos calculs démontrent l'exactitude de l'indication à la délivrance immédiate pour cette catégorie de cas d'éclampsie.

Nous basant sur l'ensemble des données acquises, nous croyons pouvoir formuler comme conclusion principale de cette étude :

Dans les cas d'éclampsie survenant chez la primipare au cours de la seconde moitié de la grossesse ou au début de l'accouchement, avec col de la matrice maintenu, la délivrance immédiate par la césarienne vaginale constitue l'intervention de choix.⁽¹⁾

(1) Pour autant que l'intervention puisse être pratiquée en clinique (cfr. p. 50).

DIAZO-RÉACTION. — C'est l'étude de Paul Masoin (78) sur la diazo-réaction dans l'épilepsie qui nous engagea à nous orienter à ce point de vue au sujet de l'éclampsie.

« La diazo-réaction est un symptôme d'ordre général; elle » exprime une altération spéciale des échanges; elle est la » manifestation d'un trouble dans le métabolisme cellulaire et » particulièrement, semble-t-il de matières protéiques.

» La désassimilation anormale, si non atypique, dont » l'organisme de certains épileptiques est le siège, est un » phénomène juxtaposé, qui n'est relié par aucun lien direct » de causalité à la crise convulsive, non plus qu'inversement. » C'est un élément surajouté, qui exprime simplement un degré » plus accusé de l'état morbide, ne faisant donc pas néces- » sairement partie intégrante de la maladie. »

Certaines histoires cliniques mettaient en évidence de façon objective tout l'intérêt et l'importance que pouvait présenter sur le domaine nouveau ce phénomène collatéral aux convulsions et en certaines limites parallèle à la gravité du mal.

Les quelques recherches de diazo-réaction que nous avons pratiquées dans des cas d'éclampsie ne permettent point, et de loin, de formuler des conclusions définitives sur ce domaine, mais elles ont d'autre part, croyons nous, fourni des résultats assez intéressants et importants pour en justifier l'exposé dans cette dissertation.

Nous avons utilisé les réactifs conseillés à Gieseler par Erlich (79) lui-même :

Paramidoacétophénone	0,25
Acide chlorhydr.	25,0
Aq. st. ad.	500

A 4 ccm. on ajoute 1-2 gouttes d'une solution 0,5 % de Nitrite de Sodium, puis 4 ccm. d'urine. On agite et à travers la mousse on ajoute 1 ccm. de solution d'ammoniaque.

Comme notation nous avons eu recours à celle de P. Masoin tout en ne tenant point compte des degrés de réaction les plus faibles correspondant à ses chiffres 1 et 1+. Reste la notation :

LIQUIDE	MOUSSE	NOTATION
Brun, brun-rougeâtre	Jaune-chrome-orange, jaune marqué, teintes parfois légèrement rougeâtres.	2
Jaune-orangé, brun-rouge, jaune-rouge	Jaune-rosé, orange-rosé, teinte rosée pure pâle	3
Rouge-foncé presque pur ou absolument pur	Rose	4.

Voici les données que nous avons recueillies :

1. Cas Schn., catégorie II, N° 174.
5 accès avant la délivrance, alb. 2 ‰.
Diazo-réaction : 2-3.

2. Cas Schm., catégorie II, N° 180.
1 accès avant la délivrance, 4 accès après.
10 heures après la délivrance : alb. traces.
Diazo-réaction : 0
Demeure négative les jours suivants.

3. Cas H., catégorie I. N° 76.
Délivrance à 5 h. 30.
4 accès jusque 12 h. : alb. 0,75 ‰.
Diazo-réaction : 0.

4. Cas M., catégorie III, N° 76.
1 h. 30, délivrance par césarienne vaginale après que 9 accès ont précédé de façon très irrégulière.
3 heures après la délivrance : alb. 24 ‰.
Diazo-réaction : 4.
Le jour suivant : alb. 8 ‰.
Diazo-réaction : 2.
2 jours plus tard : alb. 1 ‰.
Diazo-réaction : 0.

5. Cas K., catégorie II, N° 178.
Avant la délivrance. 4 accès en 1 heure, alb. 15 ‰.
Diazo-réaction : 4.
Délivrance à 8 heures.
A 20 heures : alb. 2 ‰.
Diazo-réaction : 4.
Le jour suivant au matin : alb. 1 ‰.
Diazo-réaction : 0.

6. Cas E., catégorie II, N° 181.

4 accès avant la délivrance.

Délivrance à 14 heures, alb. 5 ‰.

Diazo-réaction : 3.

Le lendemain » douteuse.

2 jours plus tard : alb. 1,75 ‰.

Diazo-réaction : 4.

3 et 4 jours plus tard : alb. 1 ‰.

Diazo-réaction : 0.

7. Cas K., catégorie II, N° 175.

4 accès avant l'entrée ; entrée : alb. 2 ‰.

Diazo-réaction : 3.

Délivrance : encore 2 accès.

Le jour suivant : alb. 1/2 ‰.

Diazo-réaction : 2.

3 jours plus tard : alb. 0.

Diazo-réaction : 0.

8. Cas Sch., catégorie II, N° 176.

Premier accès précède de 10 minutes l'accouchement spontané.

10 minutes plus tard urine prise par cathéterisme :

alb. 0.

Diazo-réaction : 3.

Le jour suivant : alb. 0.

Diazo-réaction : douteuse.

2 jours plus tard : alb. 0.

Diazo-réaction : 0.

9. Cas L., catégorie II, N° 177.

4 accès avant l'entrée.

15 h., 5^me accès alb. 1/2 ‰.

Diazo-réaction : 0.

17 h. Délivrance.

8 h., le jour suivant : alb. 1 ‰.

Diazo-réaction : 2-3

13 h., accès.

20 h. alb. 1 ‰.

Diazo-réaction : 0.

3 jours plus tard : alb. 1/2 ‰.

Diazo-réaction : 0.

10. Cas D., catégorie II, N° 182.

9 accès précèdent la délivrance.

Urine prise avant la délivrance: alb. 8^o/₁₀₀.

Diazo-réaction: 3.

Plus d'accès.

Le lendemain: alb. 1/2^o/₁₀₀.

Diazo-réaction: 4.

Coma, pouls, mauvais.

Le 2^{me} jour au matin, mort.

11. Cas M., 6^{me} mois de la grossesse.

Apparition brusque de troubles visuels, vertiges et vomissements
durant la nuit. Au matin alb. 0.

Diazo-réaction: 3.

Le jour suivant entrée à la clinique alb. 0.

Diazo-réaction: 3.

Le 2^{me} jour la malade quitte de sa propre décision la clinique
(mariage!).

12. Cas M., primipare, entrée à la clinique aux premières douleurs.

Œdèmes prononcés, Psychisme atteint, troubles visuels(?)

alb. traces.

Diazo-réaction: 0

L'examen 3 fois répété au cours de l'accouchement ne décèle pas de
diazo-réaction. L'accouchement évolue normalement.

Comme contrôle nous avons recherché la diazo-réaction dans 25 cas
d'accouchement en choisissant de préférence les cas laborieux.

L'urine était prise très peu de temps avant ou après la délivrance.
23 fois le résultat fût négatif. 1 fois il fût douteux, l'albumine était présente
en traces, l'urine était prise après délivrance. La réaction douteuse
disparut quelques heures plus tard. 1 fois la réaction fût franchement
positive — 3 — l'urine était prise avant la délivrance, alb. 1/4^o/₁₀₀.
12 heures après la délivrance la réaction avait disparu.

Si intéressant que soit le cas nous ne voulons pas dans l'état actuel
de pénurie de données en la matière nous étendre en considérations à
son sujet.

Les résultats de ces quelques recherches de diazo-réaction
au cours de l'accouchement et au cours de l'éclampsie nous
ont de façon générale fourni les résultats que voici :

Au cours de grossesses et accouchements normaux elle
est absente; dans la majorité des cas d'éclampsie ante- et intra-
partum la diazo-réaction est présente;

Il n'y a point de rapport direct entre son intensité et celle de l'albuminurie, des cas à albuminurie prononcée peuvent présenter une diazo-réaction réduite, des cas à albuminurie faible ou négative peuvent présenter une diazo-réaction nette, dans un cas (10) à albuminurie très faible et à diazo-réaction accentuée la mort survint le jour suivant; dans un autre cas (9) elle parût être signe précurseur d'un accès tardif;

La diazo-réaction disparaît rapidement, parfois quelques heures après la délivrance, l'albuminurie persiste d'habitude quelques jours;

Dans certains cas de vomissements et vertiges au cours de la grossesse avec absence d'albuminurie, cas qu'on est tenté de considérer comme purement nerveux, la diazo-réaction est nette (11); elle l'est également dans certains cas d'éclampsie qu'on serait tenté de considérer comme réflexe (8).

Nous croyons que ces quelques données recueillies indiquent que la recherche de la diazo-réaction au cours de l'éclampsie possède une importance réelle qui ne lui a pas été reconnue jusqu'ici.

Les données acquises au sujet de la diazo-réaction dans les cas d'éclampsie nous conduisent à exposer les vues que défendit Dührssen (l. c.) au sujet de l'étiologie de l'éclampsie dans le grand traité de v. Winckel (l. c.).

Dührssen tient à la distinction de deux formes: la forme réflexe et la forme toxique. Le tableau clinique de l'éclampsie réflexe est à séparer nettement de l'éclampsie toxique; il manque les troubles rénaux avant le début des convulsions, la maladie elle-même présente une évolution plus légère. D'après les expériences de Zuntz et Blumreich (80) le cerveau d'animaux en grossesse se trouve dans un état d'excitabilité plus forte. Viennent à agir des excitations plus fortes comme c'est le cas habituel, l'éclampsie réflexe surgit. L'urine se trouve être normale dans pareils cas, il manque aussi toute lésion anatomo-pathologique dans les reins et dans le foie, lésions qui sont présentes dans l'éclampsie toxique. Dührssen met en évidence les résultats des recherches de Zangemeister d'après lesquelles les lésions de l'éclampsie se laissent expliquer sans l'intermédiaire d'un corps toxique. Il se produit à la suite des douleurs ou en même temps qu'elles les constrictionnements de vaisseaux artériels; par ces dernières constrictionnements certains organes sont lésés dans leur nutrition et

dans leur fonction (dégénérescences ou infiltrations graisseuses, nécroses anémiques). A des degrés plus élevés surgit brusquement un obstacle général à la circulation, engendrant une élévation de la pression sanguine, une sortie du plasma sanguin, des extravasations sanguines entr'autres dans le foie; une anémie soudaine du cerveau engendre des convulsions générales, une anémie des reins une baisse de l'élimination de l'eau et des sels pouvant aller jusqu'à l'arrêt complet de la sécrétion urinaire. A la suite de ces lésions secondaires des reins surgit parfois dans le courant de la maladie une sorte d'urémie secondaire.

D'après Dührssen, la plupart des cas d'éclampsie au cours des couches sont des cas où existait une intoxication. Le cerveau légèrement excité par cette intoxication, l'est encore davantage par les douleurs, ou bien celles-ci provoquent l'anémie du cerveau; par la sommation des excitations qui atteignent leur maximum avec les dernières douleurs, des convulsions surviennent et ne surviennent qu'après la naissance. Egalement des excitations psychiques peuvent provoquer chez l'accouchée la constriction vasculaire amenant l'accès.

A l'ensemble de ces vues on doit objecter :

Le seul fait concret, net sur lequel se base la distinction des deux formes d'éclampsie est l'absence d'albuminurie. Ce n'est là qu'un des multiples symptômes sous lesquels peut s'extérioriser une intoxication. L'absence de ce symptôme n'autorise point dans l'état actuel rudimentaire de nos moyens d'investigation sur ce domaine la déduction de l'absence d'une intoxication. Nos constatations de la présence de la diazo-réaction dans des cas d'absence d'albuminurie contribuent à démontrer la chose.

Des lésions anatomo-pathologiques du foie ne sont évidemment point accessibles à notre investigation dans ces cas réflexes bénins; on ne peut donc rien avancer au sujet de leur présence ou de leur absence.

Les recherches de Zuntz et Blumreich ont été pratiquées sur des animaux. Elles n'ont point été confirmées sur le domaine clinique, qui, sous une autre forme, leur était des plus accessibles. Ainsi que d'autres auteurs nous avons pu nous convaincre au cours de nos expériences (81) (82) que les animaux en grossesse sont « excitables » de façon toute particulière.

Sur le domaine pharmacodynamique, on ne connaît point d'exemple où une excitation provoque une convulsion plus d'une

heure après son application. Dans les cas mentionnés d'éclampsie au cours des couches, 49 sur 68 surgirent plus d'une heure après l'accouchement.

Nous ne croyons point que les faits conduisent à admettre la distinction dans l'éclampsie, d'une forme réflexe et d'une forme toxique.

ACCÈS ET ÉVOLUTION CLINIQUE.

MORTALITÉ. — Seitz (8) compare les statistiques de 10 cliniques au point de vue du nombre moyen des accès en rapport avec la mortalité. Il en déduit que la mortalité n'est point proportionnelle au nombre des accès. Nous croyons qu'il n'est point permis de comparer à ce point de vue des matériaux aussi dissemblables. Il est un fait connu que suivant les régions et les époques le tableau clinique de l'éclampsie varie. Il n'en est pas moins vrai que de façon générale, avec les restrictions spéciales voulues, le nombre des accès possède une valeur réelle dans ce tableau clinique. Cette valeur fût apparue avec plus d'évidence dans les calculs de Seitz si au lieu de comparer la fréquence moyenne des accès dans tous les cas à la fréquence moyenne des accès dans les cas d'éclampsie fatale, il eût comparé la fréquence moyenne dans tous les cas guéris avec cette fréquence moyenne dans tous les cas ayant succombé.

Au sujet de la relation du nombre des accès avec l'issue fatale, il réunit les statistiques de Schlesinger (cfr.), Schreiber (8), Dührssen (l. c.), Meyer-Wirz (l. c.) et la sienne propre; il en arrive à la statistique globale suivante :

Nombre d'accès	Nombre de cas	Décès
0—5	288	38, soit 13,2 %
6—10	157	32, » 20,4 »
11—15	49	12, » 24,5 »
16—20	42	15, » 35,7 »
21—25	20	6, » 30 »
26—30	9	3, » 33 »
31—35	1	0, » 0 »
40—45	2	1, » 50 »
50—55	2	1, » 50 »
66—70	1	0, » 0 »

Nous voyons que pour 536 cas la gradation dans la mortalité est régulière et va jusqu'à 35,7 %. Pour les 29 cas suivants le pourcentage est de 30—33 %; enfin pour les 6 derniers cas nous trouvons dans 2 catégories une mortalité de 1 sur 2, soit 50 %, les deux cas restants ont survécu. L'ensemble donne 33 %. Ce n'est que pour les derniers cas et pour un

nombre d'accès très élevé, même dans une thérapeutique expectative relative, que la gradation ne se poursuit point. Simultanément le nombre de ces cas se réduit tellement que nous ne croyons point permis de mettre en doute de ce chef la justesse de la proposition générale ; avec le nombre des accès le pronostic s'assombrit.

Seitz met en évidence le fait clinique bien intéressant que certaines patientes qui ont présenté un nombre d'accès très élevé survivent à la maladie. Il a trouvé dans la littérature douze cas où le nombre d'accès a dépassé 50 sans que surviennent l'issue fatale. Ce sont les cas suivants :

Auteur	Nombre d'accès
Buttner	50
Seitz	50
Glockner	51
Glockner	52
Seitz	63
Olshausen	64
Rosenstein	82
Ahlfeld	82
Löffler	87
Depaul	95
Engelman	100
Jardine	207

Dans nos cas N^{os} 124 et 154 le nombre d'accès fut très élevé ; les patientes survécurent.

En présence du nombre réduit de ces cas et des données générales acquises au sujet de la valeur clinique du nombre des accès, nous considérons ces cas comme des cas-exceptions. Le seul fait qu'on se trouve pour chaque éclampsie en présence d'une autre individualité qui peut réagir à la même action de façon différente suffit à nous expliquer le phénomène. Nous ne croyons point que le fait permette d'avancer une classification nouvelle des pseudo-toxines éclamptiques (contra Seitz) et d'ajouter un étage nouveau à l'échafaudage des hypothèses qui encerclent la « maladie des théories ».

Nous avons déjà démontré l'importance du nombre d'accès qui précèdent la délivrance.

La statistique de notre matériel d'étude démontre également qu'avec le nombre total d'accès le pronostic s'assombrit.

Parmi les cas ayant présente en tout :

1—5	accès il y eût 11 décès sur 165 cas, soit	6,6 %.
6—10	» » 12 » 67 » »	17,9 %.
11—15	» » 12 » 40 » »	30 %.
16—20	» » 4 » 13 » »	30,7 %.
plus de 20	» » 11 » 22 » »	50 %.

En conséquence, si dans certains cas le nombre d'accès est particulièrement élevé sans que survienne l'issue fatale, on doit y voir une exception. Et nous sommes bien plus enclins à y voir une réaction spéciale, qu'une action différente.

Le cas intéressant de Bagot (83) plaide à notre avis dans ce sens. Nous nous permettons de le rappeler :

26 ans, primipare, 7 1/2 mois de la grossesse, céphalalgies, douleurs lombaires, insomnies, forte teneur de l'urine en albumine; diète lactée, purgatifs salins. L'albuminurie ne baisse pas.

12 jours plus tard céphalalgie, insomnie, anurie, travail. Le travail s'arrête au moment où la tête est sur le périnée, accès éclamptique, forceps, enfant vivant. Les accès se poursuivent durant 24 heures, malgré chloral, bromure, chloroforme et saignée; puis bonne convalescence. La mère avait eu à son premier accouchement des accès avant le travail et durant 3 jours avec du coma prononcé. A son second accouchement une inconscience d'une demi-heure.

La sœur aînée, également en très bonne santé, avait eu à son premier accouchement des accès avant le travail et durant 48 heures avec des périodes de coma complet. Bagot se demande s'il faut admettre ici comme hérédité une instabilité du système nerveux ou une insuffisance d'un organe. Nous croyons devoir admettre l'un et l'autre.

En tout cas les exceptions mises en évidence par Seitz ne peuvent pas, en présence des données générales acquises, entrer en ligne de compte sur le domaine thérapeutique, cela d'autant moins que nous rencontrons des exceptions analogues dans un sens opposé. Ces dernières sont constituées par les cas où après un nombre réduit d'accès survient le coma et la mort, les cas qui se compliquent d'hémorragie cérébrale, les cas où les accès se présentent par séries. Ils constituent une menace perpétuelle, un danger des plus graves dans les essais

de traitement expectatif relatif. Parmi les cas de notre matériel les cas 113 et 121 peuvent servir d'exemple.

PSYCHOSE. — Il rentre aussi, croyons-nous, dans l'ordre des choses, qu'un nombre d'accès particulièrement élevé apporte le danger de psychose ultérieure. Qu'une action plus forte de façon absolue ou relative et n'entraînant point la mort, lèse des domaines nouveaux, nous semble un phénomène si naturel en toxicologie, que nous n'y voyons point l'occasion d'émettre à ce sujet l'hypothèse de substances toxiques spéciales.

Dans les cas 10, 40, 26, 57, où surgit ultérieurement une psychose, le total des accès avait été de 13, 17, 19 et 20.

EQUIVALENT ÉCLAMPTIQUE. — *Classification de Seitz.* — L'existence des équivalents éclamptiques et des cas à accès particulièrement nombreux sans issue fatale, conduisit Seitz à avancer une classification nouvelle des poisons éclamptiques en relation avec diverses formes cliniques. Il distingue 3 formes d'éclampsie :

1° La forme où le poison est surtout poison somatique général, conduisant à des lésions profondes du cœur, du foie et des reins et pouvant amener la mort sans qu'apparaissent des accès ;

2° La forme où le poison attaque de façon parallèle les centres nerveux et les organes viscéraux. Nous y voyons surgir un nombre plus ou moins grand de convulsions ;

3° Enfin la forme où en tout premier lieu, les ganglions centraux psycho-moteurs se trouvent lésés. Ici prédominent les symptômes d'excitation cérébrale. Les convulsions suivent coup sur coup, on croit que le malade se trouve dans le plus grand danger et malgré cela il guérit parce que les organes restants sont relativement intacts.

Nous venons d'exposer pourquoi nous considérons ces derniers cas comme des cas exceptions, pourquoi nous leur déniions la valeur voulue pour baser sur eux de nouvelles vues cliniques. La seconde catégorie de cas rentre dans le schéma classique. Quant à la première catégorie, Seitz la justifie en tant que catégorie spéciale de par une série de considérations nouvelles et d'hypothèses. C'est en raison de leur caractère purement hypothétique que nous préférons omettre leur discussion.

En présence des opinions discutées, notre conclusion principale sur le domaine est : il n'y a pas lieu de rompre avec l'unité étiologique de l'éclampsie pour bâtir plus loin sur le domaine des hypothèses.

Considérations générales.

Une première question à envisager au point de vue d'ensemble se trouve être :

Existe-t-il quelque relation entre l'âge ou la situation génitale de la malade et le tableau, l'évolution clinique de l'éclampsie?

Il nous suffit pour être fixés à ce sujet d'envisager à ce point de vue nos diverses catégories de cas. Celles-ci correspondent en effet dans les grandes lignes à de profondes différences au point de vue clinique, l'éclampsie survenant dans la première catégorie après la délivrance, dans la seconde vers la fin ou le milieu de l'accouchement, dans la troisième avant le début ou tout au début.

Nous trouvons :

Pour la 1^{re} catégorie sur 76 cas, 54 primipares, soit 71 %

» » 2^e » » 183 » 150 » » 81,9 »

» » 3^e » » 76 » 64 » » 84 »

Dans la première catégorie nous trouvons âgées de :

15—20 ans,	21—25	26—30	31—35	36—40	au-delà de 40 ans
19	32	12	4	3	1 cas
25 %	42 %	25 % des cas			

Pour la seconde catégorie :

15—20 ans,	21—25	26—30	31—35	au-delà de 35 ans
46	71	26	12	16 cas
25 %	38 %	29,7 % des cas		

Pour la troisième catégorie :

15—20 ans	21—25	26—30	31—35	36—40 ans
23	24	14	6	2 cas
30,3 %	32,1 %	29,5 % des cas		

Au point de vue de la mortalité globale nous trouvons :

Sur 268 primipares 37 décès, soit 13,7 %

» 62 pluripares 20 » » 32 %.

Pour 6 patientes des renseignements sur la situation génitale font défaut (parmi celles-ci 3 décès).

Au point de vue du tableau clinique de l'éclampsie nous ne trouvons donc point de différences nettes en rapport avec l'âge ou la situation génitale de la malade.

Au point de vue de la mortalité nos données confirment de façon générale le danger plus grand pour les multipares et nous font évaluer ce danger pour les multipares 2,5 fois plus grand que pour les primipares.]

Au point de vue de l'évolution de la maladie nous voulons, après avoir terminé l'étude spéciale des diverses catégories de cas, relater de façon comparative les divers résultats globaux, tout en insistant sur la valeur toute relative de ces chiffres, le traitement expectatif se chargeant d'envoyer à la clinique un nombre variable de cas graves et de cas désespérés.

ECLAMPSIE POST-PARTUM, 76 cas. — Dans 21 % des cas l'éclampsie survient de 3-6 heures après la délivrance.

Dans 47 cas, soit 61,8 %, le traitement a rapidement influencé l'évolution des accès et de la maladie. — Mortalité, 13,3 %.

Nous devons mettre en évidence de façon toute spéciale et souligner le fait que le pourcentage relatif ainsi que la mortalité de ces cas d'éclampsie post-partum ne correspondent point à la situation réelle. Le résultat est faussé de par la circonstance que les praticiens n'envoient à la clinique que les cas d'éclampsie post-partum qui leur paraissent graves et ensuite et surtout par le fait que deux grands établissements obstétricaux de Berlin refusent l'entrée à ces cas d'éclampsie post-partum. De l'ensemble des cas que nous relatons, une très minime partie seulement ont été délivrés à la clinique.

CAS D'ÉCLAMPSIE ANTE- ET INTRA-PARTUM. — Au sujet des 3 premières subdivisions de la seconde catégorie de cas, accouchements spontanés, forceps au détroit inférieur, forceps sans dilatation précédente, nous rappelons le tableau comparatif (I).

I.

	ACCOUCHEMENT SPONTANÉ (19 cas)	FORCEPS AU DÉTROIT INFÉRIEUR (17 cas)	FORCEPS (33 cas)
Arrêt des symptômes éclamptiques dans :	15,7 0/0	64 0/0	42,4 0/0
Moyenne des accès précédant dans les autres cas :	2	11	4
Moyenne des accès suivants :	9	2	6
Moyenne des accès précédant :	3	5	4
Mortalité :	15,7 0/0	12 0/0	12 0/0
Mortalité fœtale :	16 0/0	6,6 0/0	4,3 0/0

Ce tableau met en évidence les dangers de l'accouchement spontané sans narcose dans les cas d'éclampsie. La présence de 7 hémorragies utérines atoniques sur 50 cas pour les 2 dernières catégories nous y fait envisager un danger spécial dans les cas d'éclampsie.

Dans le tableau (II) nous comparons les données des dernières subdivisions de la seconde catégorie de cas entr'elles et avec celles de la catégorie de cas où fut appliquée la césarienne vaginale,

11.

	Metreuryse (45 cas)	Version- extraction (21 cas)	Bossi (31 cas)	Incisions cervicales (6 cas)	Césarienne vaginale (76 cas)
Arrêt des symptômes éclamptiques et de la maladie :	57 0/0	57 0/0	35 0/0	50 0/0	68,9 0/0
Moyenne des accès précédant :	4,7	3	4	1	5
Moyenne des accès précédant :	5	3,5	5	2	pour les cas de césarienne vaginale typique et de délivrance immédiate (moins de 10-12 accès) — 60 cas 5 0/0 avec 4 cas accidents — 64 cas
Mortalité :	19 0/0	4 0/0	16 0/0		10,9 0/0
Lésions :	30 0/0 lésions cervicales	33 0/0 déchirures cervicales	45 0/0 lésions cervicales	1 déchirure plus lointaine des incisions	à envisager en rapport avec l'intervention opératoire et la situation clinique.
Mortalité fœtale :	25 0/0	25 0/0	25 0/0	20 0/0	36,8 0/0

C'est la césarienne vaginale qui amène l'arrêt des symptômes éclamptiques dans le plus grand nombre de cas bien que pour ces cas la moyenne des accès précédant se trouve être plus élevée que dans les autres catégories.

Les cas de version-extraction, constituant de façon générale de véritables délivrances immédiates, donnent une mortalité particulièrement réduite.

Les cas d'application du Bossi donnent le maximum de lésions cervicales.

Dans les cas de césarienne vaginale l'intervention elle-même met de larges plaies opératoires en rapport avec la situation clinique particulièrement précaire de ces malades. La

prise en considération de la vie fœtale exige l'extraction du fœtus à travers des voies qui ne sont point préparées. Les diverses lésions que nous avons signalées en exposant les résultats de la césarienne vaginale ne sont, à part les trois déchirures de la paroi utérine qui n'ont point eu de conséquences graves, que des lésions dépendant des conditions cliniques dans lesquelles on se trouve forcé d'intervenir — ce sont les lésions de l'extraction rapide par les pieds chez la primipare.

Si nous voulons calculer de façon globale la mortalité exacte après délivrance immédiate par césarienne vaginale, nous ne pouvons point tenir compte des cas où la délivrance ne pût s'effectuer qu'après un nombre d'accès précédant de 9-10 et davantage. Ce sont les cas à essai de traitement expectatif au dehors, cas amenés à la clinique lorsque le praticien juge la situation désespérée et le moment venu de décharger sa responsabilité sur autrui. Ce qui, croyons-nous, met la chose en relief, est le fait que des 9 cas de mort qui ne peuvent être considérés de ce chef (2, 6, 13, 47, 55, 56, 58, 63, 70), dans 5 cas, soit plus de la moitié, on ne pût pratiquer la césarienne qu'après plus de 20 accès précédant. 7 cas succombèrent à l'éclampsie, 2 à des complications pulmonaires.

1 cas (40) où 12 accès avaient précédé, succomba à des complications septiques, 4 cas-accidents (19, 29, 54, 66) doivent être écartés pour d'autres motifs.

La césarienne vaginale est une opération qui nécessite des connaissances techniques exactes. Dührssen et Bumm ont insisté sur le fait. Notre étude démontre, les cas-accidents pris à part, combien ces connaissances techniques réduisent les dangers de l'opération. Si nous écartons ces cas-accidents c'est que nous ne pouvons point les considérer comme le résultat de césariennes vaginales typiques. Nul ne peut en vouloir à un chef de clinique d'être forcé de par l'étendue du matériel de se décharger en partie sur son assistance.

2 cas (18, 64) présentent une situation clinique absolument

anormale et ne peuvent point entrer en ligne de compte dans les recherches dont il s'agit.

Des 60 cas de césarienne vaginale « normale » et où l'opération intervint réellement en tant que délivrance hâtive-immédiate, 3 cas ont succombé, 2 à l'éclampsie (34, 68), un à des complications pulmonaires (1). La mortalité dans ces cas de délivrance hâtive-immédiate par césarienne vaginale est donc de 3 pour 60, soit 5 %.

Si pour échapper à la critique nous comprenons les 4 cas-accidents dans la statistique de la mortalité globale, nous trouvons pour l'ensemble des cas délivrés de façon hâtive-immédiate (moins de 9 accès précédents) une mortalité de 10,9 %. Or, il ne s'agit ici que des cas à situation clinique la plus dangereuse, éclampsie survenant avant l'accouchement ou au début du travail.

Nous avons à relater :

Sur les 14 cas ou avaient précédé de 1-2 accès 0 décès.

Sur les 23 cas ou avaient précédé de 1-3 accès 1 décès. 4,3 %.

Mettant ces chiffres en rapport avec les résultats de notre étude sur l'intervention elle-même et sur ses conséquences, nous croyons devoir formuler comme conclusion principale :

Dans les cas d'éclampsie survenant au cours de la ^{2^{de} moitié de la} grossesse ou de l'accouchement avec col de la matrice maintenu et fermé, la délivrance immédiate par césarienne vaginale est l'intervention de choix.

La gradation régulière dans la mortalité que nous obtenons comme données comparatives des diverses interventions inégalement actives démontrent à nouveau que les complications pulmonaires et septiques sont en relation avec le tableau clinique éclamptique et qu'également à ce point de vue la délivrance hâtive-immédiate à valeur objective réelle.

Si nous voulons rechercher quels ont été de façon globale les résultats au point de vue spécial traité, nous devons, croyons-nous exclure les cas d'accouchement spontané en raison de la signification spéciale qui leur revient.

Nous observons une influence nettement favorable de la délivrance sur l'évolution des accès et de la maladie dans 176 cas sur 240 soit 73 % des cas.

Cette influence favorable se manifeste après qu'avaient précédé en moyenne 4 accès.

De façon globale dans les cas où

1-2	accès	précédèrent	la	délivrance	il	y	eût	sur	91	cas	7	décès	soit 7,6 %
3-4	»	»	»	»	»	»	»	»	54	cas	8	décès	soit 14 %
5-10	»	»	»	»	»	»	»	»	69	cas	19	décès	soit 27 %
11-20	»	»	»	»	»	»	»	»	23	cas	9	décès	soit 39 %.

Pour les cas ayant présenté une fréquence d'accès au delà de 20 notre statistique, probablement en raison de la thérapeutique active, est particulièrement pauvre; elle ne comporte que le chiffre réduit de 6 cas avec une mortalité de 2 cas soit 33 %.

A mesure qu'augmente le nombre des accès précédant la délivrance, une influence nettement favorable de cette délivrance sur la marche des accès se réduit, la mortalité à la suite d'éclampsie s'accroît. Comme conclusion s'impose l'indication à la délivrance immédiate. Dans les grandes lignes la valeur clinique qu'on attribue au nombre des accès demeure.

Comme la signification des accès a été mise en doute (Seitz) nous avons recherché l'influence de la délivrance hâtive-immédiate en comparant les résultats après divers laps de temps écoulés entre le premier symptôme éclamptique et la délivrance. Toute la difficulté réside dans le fait de pouvoir déterminer ce premier symptôme éclamptique, hormis une excitation cérébrale particulièrement forte ou le coma ou le collaps cardiaque sans lésion préexistante, il n'est point possible d'établir la séparation d'avec la néphrite. Force nous

est pour pouvoir nous faire une idée quelque peu fondée en la matière de prendre comme premier point de repère le premier accès lui-même.

Dans 173 cas nous avons trouvé au point de vue nouveau des données exactes ou à évaluer de façon plus ou moins exacte.

De façon globale dans les cas où la délivrance eût lieu :

en déans 1 heure suivant le 1^r accès, la mortalité fût de 0 sur 17
soit 0 %

<i>de 1-4 heures</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>fût de 2 sur 33</i> <i>soit 6 %</i>
<i>» 5-10 heures</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>fût de 9 sur 87</i> <i>soit 10 %</i>
<i>» 11-24 heures</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>fût de 11 sur 57</i> <i>soit 19 %</i>
<i>au delà de 24 h.</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>»</i>	<i>fût de 1 sur 3</i> <i>soit 33 %</i>

Egalement à ce point de vue se vérifie pleinement la proposition : une fois que l'éclampsie est nettement établie, avec le retard de la délivrance s'aggrave le pronostic.

L'indication à la délivrance hâtive-immédiate dans tous les cas d'éclampsie est un fait acquis.

Le chiffre de mortalité globale pour l'ensemble des cas d'éclampsie ante- et intra-partum — 18 % — ne présente en lui-même qu'un intérêt tout-à-fait secondaire, une partie des cas n'étant livrés en clinique qu'après essai de traitement expectatif au dehors. Un traitement plus actif n'en est pas moins appliqué de façon générale. Les cas traités à la clinique par la méthode expectative relative sont des plus rares. Le chiffre de mortalité globale présente donc un intérêt incontestable relativement aux résultats obtenus antérieurement à cette même clinique sous une autre direction partisan du traitement expectatif relatif.

Dührssen relate pour 146 cas traités de 1880 à 1892 une

mortalité maternelle de 37 soit 25 ‰; la mortalité fœtale est de 49 ‰.

Nagel communiqua au congrès de Giessen (1901) une mortalité maternelle de 69 sur 218, 31 ‰ et une mortalité fœtale de 103 sur 235, 43,1 ‰.

Si fondée que nous paraisse être, dans l'état actuel de nos connaissances cliniques, l'indication à la délivrance hâtive-immédiate dans tous les cas d'éclampsie ante- ou intra-partum, nous ne nous cachons point que dans la pratique générale la réalisation des desiderata indiqués par l'étude clinique rencontre de grands obstacles.

Là même où la chose est faisable, l'assentiment des parents au transport immédiat d'une éclamptique dans une clinique, pour opération immédiate au cas où la délivrance rapide n'est point réalisable par d'autres moyens, ne sera jamais très empressé. Il se trouvera toujours certains cas où le hasard donnera raison au traitement expectatif le plus rudimentaire et le plus contr'indiqué de façon générale. L'issue fatale sera toujours et facilement dans les cas de thérapeutique expectative imputée à la virulence particulière de la maladie dont le tableau clinique en impose singulièrement à l'entourage, elle sera tout aussi sûrement rapportée à l'opération dans nombre de cas d'intervention active et les avantages incontestables de cette dernière thérapie seront pour le moins méconnus. Aussi croyons-nous que sur le domaine de la pratique générale l'indication à la délivrance hâtive-immédiate dans les cas d'éclampsie ne sera pleinement reconnue que lorsque les cliniques auront adopté la délivrance immédiate comme règle de conduite.

C'est ce que nous espérons — dans l'état actuel de nos connaissances cliniques et thérapeutiques,

Littérature.

- (1) Halbertsma : Nederl. Tijdschrift voor Geneesk., 1889, N° 75.
- (2) Dührssen : Arch. f. Gynaek., Bd. 37, H. 1, p. 48, 1890.
- (3) » Arch. f. Gynaek., Bd. 42 et 43.
- (4) Zweifel : Ztbl. f. Gynaek., 1895.
» Arch. f. Gynaek., Bd. 73, 1904.
- (5) IX. Versamml. der d. gyn. Gesellschaft, Giessen, 1901.
- (6) Bump : Münch. med. Wochenschr., 1903, p. 890.
- (7) Liepmann » » » 1905, N° 51.
- (7') Esch : » » » 1906, p. 699.
- (7'') Liepmann » » » 1906, p. 1209.
- (8) Seitz : Arch. f. Gyn., Bd. 17, H., 1909.
- (9) Esch : Ztschr. f. Geb., Bd. 58, 1906.
- (10) Möhlmann : Ztschr. f. Geb., Bd. 62, 1908.
- (11) Montuoro :
- (12) Pour éviter des copies de littérature, nous nous permettons de renvoyer aux ouvrages d'ensemble de HARTZ (Monatschr. f. Geb., Bd. 19, 1904), BIERMER (der Kolpeurynter, seine Geschichte und Anwendung in der Geburtshülfe), Bergmann, Wiesbaden, 1899, MONTUORO (l. c.).
- (13) Dührssen : Ueber die Behandlung der Placenta praevia mittelst intra-uterine Kolpeuryse., D. m. W., 1894, N° 19.
- (14) Müller : Zur Ballondilatation der Cervix und Scheide, nach Champetier-Mäurer. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 4, 1896.
- (15) Kleinwächter : Monographie. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, relaté dans le résumé de Hartz.
- (16) Bossi : Ann. di Ost. e Ginecol. Dez. 1892.
- (17) Léopold : Arch. f. Gyn., Bd. 66, N° 1.
Centrbl. f. Gyn., 1902, N° 19.
- (18) Littérature voir DÜHRSEN, Arch. f. Gyn., Bd. 68, 1903, p. 76.
- (19) Bossi : Arch. f. Gyn., Bd. 68, S. 801, 1903.
- (20) Dührssen : Arch. f. Gyn., Bd. XXXVII, p. 27.
- (21) » Der vaginale Kaiserschnitt. Karger, Berlin, 1896.
- (22) Zweifel : Centrbl., 1896, N° 46.
- (23) Gerner : Ztschr. f. Geb. u. Gynaek., Bd. 32.
- (24) Hofmeier : Munch. med. Woch., 1904, N° 3.
- (25) Czerny : Wiener med. Woch., 1881, N° 18 et 19.
- (26) Doyen : Traitement chirurgical des affections inflammatoires et néoplasiques de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1893.
- (27) Veit : Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 30, H. 1, S. 262.

- (28) Dührssen : Ueber die Behandlung der Eklampsie. Allg. deutsche Aerztezeitung, 1895, N° 7 et 8.
- (29) Dührssen : Ueber Geburtsstörungen nach Vaginofixation, ihre Bedeutung und Verhütung. Berl., kl. Woch., 1896, N° 13 et 14.
- (30) Dührssen : Charité Annalen, 1891, 16 Jahrgang S. 521, 522.
- (31) Schuchardt : Ueber Hysterectomy perineo-vaginalis. Ztschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXIII.
- (32) Rühl : Ueber die Behandlung der Geburtstörungen nach vaginaler Fixation. Ctrbl. f. Gyn., 1896, N° 6.
- (33) Dührssen : Die Einschränkung des Bauchschnitts durch die vaginale Laparatomie. Karger, Berlin, 1889.
- 33') Kouwer : Ctrbl. f. Gynaek., 1900, N° 19, S. 505.
- (33'') Dührssen : Ein neuer Fall von vag. Kaiserschnitt usw. Arch. f. Gyn., Bd. LXL.
- (33''') Dührssen : Ctrbl. f. Gyn., 1904, N° 13.
- (34) Bumm : Ctrbl. f. Gyn., 1902, N° 52.
- (35) Rühl : Ctrbl. f. Gyn., 1904, S. 51, Ctrbl. f. Gyn., 1904, S. 650.
- (36) Hammerschlag : Ctrbl. f. Gyn., 1904, N° 36.
- (37) Westphal : Ctrbl. f. Gyn., 1903, N° 46.
- (38) Ahlfeld : Ctrbl. f. Gyn., 1903, N° 52.
- (39) Westphal : Ctrbl. f. Gyn., 1904, N° 321.
- (40) Frank : Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXXXI, 1906.
- (41) Sellheim : Ztrbl. f. Gynak., 1908, Nos 5 et 10.
- (42) Veit : Berl. kl. Woch., 1908, N° 4.
- (43) Pfannenstiel : Ztrbl. 1908, N° 10.
- (44) Baumm : Monatschr. f. Geb. und Gynak., Bd. XXVII, Ztbl. 1908, N° 14.
- (45) Spaeth : Ztrbl., 1908, N° 14.
- (46) Dührssen : Berl. kl. W., 1905, N° 5.
- (47) Solms : Berl. kl. W., 1905, N° 5.
- (48) Dührssen : M. med. W., 1908, N° 40.
- (49) v. Bardeleben : Arch. f. Gyn., Bd. 73, S. 187, 1904.
- (50) Lichtenstein : " " " " 75, S. 1, 1904.
- (51) Ehrlich : " " " " 73, S. 480, 1904.
- (52) Dührssen : " " " " 75, S. 247, 1905.
- (53) Léopold : " " " " 77, S. 201, 1906.
- (54) Lichtenstein : " " " " 75, S. 701, 1905.
- (55) Dührssen : " " " " 77, S. 188, 1906.
- (56) Bossi : Ctrbl. f. Gyn., 1906, 1906, S. 280.
- (57) Dührssen : " " " " 1906, S. 417.
- (58) Bossi : " " " " 1906, S. 748.
- (59) v. Bardeleben " " " " 1905, N° 15.
- 60) Hammerschlag : " " " " 1905, N° 21.
- (61) v. Bardeleben : Mediz. Kl., 1906, N° 18.
- (62) Zangemeister : Ztschr. f. Geb. u. Geb. u. Gyn., Bd. 42, 1900, S. 580.
- (63) Nagel : Giessener Kongress, p. 454.

- (64) Buttner : Arch. f. Gyn., Bd. 65, 1902, S. 471.
- (65) Meyer-Wirz : Arch. f. Gyn., Bd. 71, 1904.
- (66) Hammerschlag : Monatschr., Bd. XX, 1904, S. 180.
- (67) Olshausen : Sammlung klin. Vorträge. Neue Folge. N° 39, 1891.
- (68) Glockner : Arch. f. Gyn., Bd. 63, 1901, S. 170.
- (69) Bumm : D. m. W., N° 47, 1907.
- (70) Liepmann : Ztrbl., N° 24, 1906.
- (71) Nagel : Giessener Congress, 1901.
- (72) Gobiet : W. kl. W., 1906, N° 37.
- (73) Hammerschlag : Ctrbl., 1904, N° 36.
- (74) Dührssen : Handbuch der Geburtshülfe von Winckel, Bd. III, Theil I, 1906.
- (75) Handbuch der Geburtshülfe von Winckel, Bd. III, H. 1, p. 585.
- (76) Westphal : Ctrbl., f. Cyn., 1906, N° 29.
- (77) Kroemer : » » » 1903.
- (78) Paul Masoin : Mémoire couronné de l'académie, 1904, T. XVII, fasc. 9.
- (79) Gieseler : Ztschr. f. Tuberk. u. Heilstättenwesen, 1902, Bd. III, p. 406.
- (80) Zuntz et Blumreich : Giessener Kongress, 1901.
- (81) Fr. Daels : Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Yohimbins auf den weiblichen Genitalapparat., Berl. kl. Woch., 1907, N° 42.
- (82) Fr. Daels : On the relations between the ovaries and the uterus., Surgery, gynecology and obstetrics., 1908.
- (83) Bagot : Journal of obstetrics and Gynecology, 1904, 2, p. 54.

CATEGORIE I.

Eclampsie P. P. (76 cas).

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
1	5-IV-04 69-85.	W. L., 34 ans entrée le 5-IV sortie le 16-IV.	I pare.	œdèmes.	4-V, 120, accouch. mal, enfant à te
2	10-IV-04 191-69.	Fr. H., 27 ans entrée 10-IV † 17-IV.	III pare.	toujours en bonne santé, durant le dernier mois de la grossesse œdèmes, céphalalgies.	spontanée.
3	26-V-04 1165-160.	A. L., entrée le 26-V sortie le 11-VI.	I pare.	les 2 dernières semaines œdème prononcé des jambes.	spontanée 26-V enfant 48 cm. viva
4	7-VII-04 2107-55.	F. H. 23 ans entrée le 7-VII sortie le 21-VII.	II pare 1 ^{er} accouchement prématuré au 6 ^e mois, pas de trace d'œdèmes.	Dep. 6 semaines œdèmes; dans les derniers temps ils se sont particulière- ment accrus, urine 3,5 o/oo alb.	9-VII, 7030' un enf. 15' plus tard 2 ^{me} enf. 47 et 46 cm.. 2750 et 2650 gr..
5	26-VIII-04 3628-158.	P. Sk., 20 ans entrée 29-VIII sortie le 8-IX.	I pare.	fortes douleurs dans le bas- ventre, œdème des extré- mités.	le 26-VIII à 50 accouchement spontanée
6	IX-04 3539-51.	F. 37 ans entrée le 8-IX sortie le 21-IX.	IV pare les 3 grossesse pré- cédentes normales.	depuis le début de la grossesse œdèmes, alb. 1/2 o/oo, cylindres.	le 7-IX-04 220 jumeaux 48 et 49 cm 2400 et 2650 gr..

er ACCÈS

ÉVOLUTION DE LA MALADIE

matin. 1^{er} jour : céphalgies, vomissements, après-midi 2^d accès.
alb. 10 ‰. Traitement : enveloppements chauds, chloral 3 gr., morphine 0,01 gr..
2^d jour : plus d'accès, enveloppements chauds.
4^e jour : œdèmes disparus, alb. 0, une t^o de 38,10.

l'accouche- après les 3 premiers accès chloroforme, plusieurs injections de morphine. Depuis
ut. le 1^{er} accès perte de la conscience.
à la maison entrée à la clinique : malade reçoit 3 gr. chloral, enveloppements chauds, forte
accès. teneur de l'urine en albumine.
1^{er} jour : conscience atteinte, t^o 37,3. 30 cc urine.
2^d jour : conscience atteinte, t^o 37,3. Pouls 104, 70 cc urine.
la malade reçoit 3 gr. chloral.
3^e jour : conscience intacte, t^o 37,4.
4^e jour : conscience intacte, t^o 37,2. Pouls 104, urine 50 cc. 4 ‰ alb.
1 accès éclamptique.
5^e jour : conscience atteinte, t^o 37,3, urine 100 cc, 0,5 ‰ alb.
enveloppements chauds, chloral.
6^e jour : conscience plus libre, t^o 37,3. P. 124, 200 gr. urine 1/4 ‰ alb.
7^e jour : conscience abolie, respiration ralentie, t^o 40,3. Pouls 160, urine 400 cc.
3/4 ‰ alb., enveloppements froids, eau physiologique 400 cc..
8^e jour : matin $\frac{1}{4}$.

l'accouche après les premiers accès, la malade reçoit 3 gr. de chloral, enveloppements
ut. chauds, chloroforme.
2 accès. 27-V, 430 cc urine, 10 ‰ alb. cylindres hyalins et granuleux, t^o 36,8, P. 104.
2 accès éclamptiques.
la malade reçoit 3 gr. chloral, 0,01 gr. morphine, enveloppements chauds.
28-V, t^o 37. Pouls 84, céphalalgies, urine 1400 cc, 8 ‰ alb., œdèmes disparaissent.
29-V, 2400 cc 1 ‰ alb. t^o 36,3. Pouls 90.
3-VI, 1/2 ‰ alb. 10-VI, 1/4 ‰ alb. plus de cylindres.

120. après ce premier accès qui dure 3 minutes, la conscience reste atteinte environ
une heure et demie, durant ce temps amaurose totale de l'œil droit. Hémianopsie
gauche de l'œil gauche. Châtauillement dans les mains. Chloral, enveloppe-
ments chauds. 2 fois 0,015 gr. morphine; scintillement des yeux, légère cépha-
lalgie (urine jusque 10^o du matin 430 cc, alb. 3 ‰).
21^o 350 cc urine par catéthérisme, alb. 9 ‰.
10-VII, pas d'accès pendant la nuit, en 10^o 800 cc urine, alb. 0,8 ‰.
10 du matin 38,8, Pouls 114, t^o soir 36,8.
11-VII, plus d'accès : état subjectif bon, rétention d'urine, le catéthérisme donne
en 24^o 3900 cc, alb. 1/4 ‰, cylindres rares.

II à 90 30'. après le 1^{er} accès, la malade reçoit 3 gr. chloral, enveloppements chauds, 10 30'
2^d accès.
27-VIII, 7^o 30' 3^e accès. 10^o 15' 4^e accès. 17^o 15' 5^e accès, au matin le catéthérisme
donne 1500 cc urine trouble, 1/2 ‰ alb., somnolence; malade reçoit 3 gr. de
chloral, enveloppements chauds.
28-VIII, 2^o 1/2 accès de courte durée; somnolence, en 24^o 1000 cc urine,
alb. 1/2 ‰, à 12^o accès éclamptique.
29-VIII, conscience parfaite, amnésie, 200 cc urine.
31-VIII, état bon, 1/4 ‰ alb..
2-IX, t^o passagère de 40^o, puis à nouveau 37,5.
5-IX, trace d'alb..

140. 2 autres accès suivent, 1 pendant le transport; à son entrée la malade est très excitée.
1^{er} accès écl. : enveloppements chauds, chloral. 30' plus tard nouvel accès, le soir
0,01 gr. morphine, alb. 1/2 ‰.
9-IX, conscience plus nette, amnésie, 400 cc, trace d'alb. 10-IX, alb. 0.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
7	IX-04 3661-134.	Br. 38 ans entrée 21-IX sortie 5-X.	VI pare.	depuis plusieurs mois œdèmes prononcés.	accouchement norm. 10 ^o 30' 21-IX enfant vivant 50 cm.
8	XI-04 4719-61.	H., 23 ans entrée 10-XI sortie 1-XII.	I pare.		11 ^o 10-XI enfant 47 cm 318 gr..
9	XII-04 5354-166.	Sch. entrée 8-XII transférée 6-I.-05.	I pare.	13-XII 4 ‰ alb..	24-XII 11 ^o spontanée enfant 48 1/2 cm. 3030 gr..
10	IV-05 7347-47.	St., 36 ans entrée 6-IV. 05 sortie 17 V. 05.	II pare 1 ^{er} accouchement il y a 6 ans enfant à terme.	4 ‰ alb..	11 ^o 45', accouchement spontané.
11	IV-05 15-57.	B. 27 ans entrée 8-IV † le 8-IV.			8-IV 30 30' enfant 49 cm. 3200 gr. vivant.
12	IV-05 170-63.	M., 30 ans entrée 17-IV-05.	I pare.	dep. 3 sem. douleurs dans le bas-ventre, le jour de l'accouchement cépha- pas d'œdèmes. [algies]	16-IV, 20 ^o , naissanc de jumeaux.
13	IV-05 140.	V., 21 ans entrée 17-IV-05 sortie 4-V.	I pare.	œdèmes.	dans la matinée.
14	V-05 739-16.	H., 20 ans entrée 3-V sortie 15-V.	III pare il y a 2 ans accouchement : avant l'accouchem ^t crampes. Il y a une demi année avortement.	céphalalgies.	2-V, 23 ^o , spontanée.
15	V-05 27.	L., 28 ans entrée 5-V-05 sortie 16-V-05.	I pare.		4-V-05, 16 ^o , accouch spontané, enfant 4 cm., 250 gr. vivant.

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
00 45' 21-IX.	de 11 à 14 ^h , 6 accès, le dernier durant le transport; conscience maintenue, céphalalgies, amnésie, urine 200 cc 15 ‰ alb., la malade reçoit per os 3 gr. chloral, plus d'accès. 22-IX, urine de la nuit 500 cc, alb. 5 ‰; urine du jour 700 cc; t [°] et pouls normaux 23-IX, urine de la nuit 1500 cc, alb. 1 ‰, rétablissement régulier. 26-IX, t [°] de 38°9.
30 45' (3 min.).	15 ^h 45', accès violent avec forte cyanose. jusque 16 ^h 30' encore 2 accès violents, coma profond, forte cyanose, râles trachéaux. Vers 20 ^h la malade réagit quelque peu; 180 cc urine, alb. 1 ‰, 2 fois 0,03 gr. de morphine, 3 gr. chloral, enveloppements chauds. 11-XI, somnolence, orientation nette, amnésie, pour la période des accès rétablissement.
5' après accouchement assez violent.	après ce 1 ^{er} accès, perte de connaissance, thérapie; enveloppements chauds, 0,02 gr. morphine, plus d'accès ultérieur. 5-I-05, teneur de l'urine en alb. est encore de 7 ‰, malade transférée à la clinique interne.
près midi.	le lendemain matin, anopsie passagère, plus d'accès.
	accès à 9 ^h 30', 9 ^h 45', 10 ^h 20', 10 ^h 40', 10 ^h 55', 11 ^h 10', 11 ^h 25', 11 ^h 30', 11 ^h 32', 10, 20 5', 30 30', 40 45'. Thérapie : 0,03 gr. morphine; 3 gr. chloral; 0,5 gr. caféine; chloroforme; massage du cœur. Respiration artificielle. † 40 45', dans accès. Autopsie : Hémorr. sous-endocardiaques. Foyers hémorragiques et nécrotiques dans le foie.
-IV, 30.	alb. 1/4 ‰; après le 1 ^{er} , un 2 ^d , 3 ^e et 4 ^e accès; 5 accès pendant le transport à la Charité, 250 cc urine, malade reçoit 0,03 gr. morphine. A la clinique encore 2 accès.
-V, 130.	accès à 10 ^h 30'', 180, alb. 5 ‰; entrée à la clinique : 6 ^h 30', léger accès, 3 gr. chloral. 20 ^h vomissement. 18-IV, 4 ^h 30', 1 ^{er} accès, 0,3 gr. morphine; 6 ^h 45', accès; 15 ^h 30', le catétherisme donne 950 cc urine, alb. 5 ‰. 19-IV, œdèmes diminuent, t [°] 37°4; plus d'accès.
V, 40 30'.	encore 2 accès avant l'entrée à la clinique à 8 ^h 20'. 8 ^h 30', 4 ^e accès, 0,03 gr. morphine, chloroforme, 230 cc urine, alb. 3/4 ‰. 9 ^h 30', 5 ^e accès. 10 ^h 45', 6 ^e accès, 0,03 gr. morphine, enveloppements chauds. 12 ^h 30', 7 ^e accès. 12 ^h 57', 8 ^e accès, 14 ^h 40', 9 ^e accès. 17 ^h 2', 10 ^e accès, 0,03 gr. morphine. 18 ^h 50', 11 ^e accès, 500 cc urine, 1/2 ‰ alb. 22 ^h 40', 12 ^e accès. Puis rétablissement graduel.
-05, 50.	accès à 7 ^h 30', 9 ^h 30', 11 ^h 30', 12 ^h 30'; entrée à la clinique à 13 ^h 30', accès, 750 cc ur., alb. trace; malade reçoit 0,03 gr. morphine. accès à 15 ^h 45', 16 ^h malade reçoit 0,03 gr. morphine; accès à 17 ^h 15', coma, la malade reçoit caféine, camphre; accès à 18 ^h 25', 0,01 gr. morphine, 3 gr. chloral; 19 ^h , 240 cc urine; rétablissement lent.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
16	V-05 314-114.	H., 22 ans entrée 9-V-05 sortie 27-V.	I pare.	œdèmes remarqués dep. 2 jours, alb. 3/4 o/o.	le 16-V, 22°, accouchement spontané 1/4 o/o alb..
17	V-05 1090-160.	S., 24 ans entrée 25-V-05 sortie 10-VI-05.	II pare.	24-V, après midi, troubles de la vue, perte de la conscience, trouvée avec écume sanglante à la bouche.	24-V, 20°, spontanée.
18	VI-05 74.	S., 21 ans entrée 9-VI-05 sortie 22-VI-05.	II pare.		8-VI, 10° 30', normale.
19	VIII-05 3192-104.	L., 45 ans entrée 13-VIII sortie 26-VIII.	IX pare auparavant jamais d'accès éclamptiques.	dep. 6 mois œdèmes.	22-VIII, 18°.
20	VIII-05 3266-124.	M., 19 ans entr. 16-VIII-05 sort. 26-VIII-05.	I pare.		enfant 44 cm., 2080 g
21	VIII-05 3292-133.	D., 25 ans entr. 18-VIII-05 sort. 29-VIII-05.	I pare.	derniers 15 jours œdèmes, douleurs dans les reins; le jour avant la délivrance violents maux de tête.	18-VIII, 00° 30'.
22	X-05 4430-62.	W., 21 ans entrée 8-X-05 sortie 18-X-05.	I pare.	alb. 1 o/o.	spontanée 9-X 00° 4 enfant 50 cm. 3520 g
23	X-05 4557-92.	P., 27 ans entrée 15-X-05 † 21-X-05.	II pare.	céphalalgies.	14-X, 11° 45', spontanée.

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
7, 2 ^o 45'.	17-V, 2^o 45', 100 cc, 5 ‰ alb., 0,03 gr. morphine. 12^o 15', 2^d accès, 300 cc urine, 0,03 gr. morphine, 1000 cc eau physiologique. 12^o 35', 3^e accès; 13^o 49', 4^e accès, coma; 14^o 16', 5^e accès; 14^o 40', 1000 cc eau physiologique, 0,01 gr. morphine. 14^o 10', respiration s'arrête, on pratique la respiration artificielle durant 1/4 d'heure; camphre, caféine; 17^o, 3 gr. chloral. 19^o, la malade se remet. 18-V, 6^o 30', conscience rétablie, 1000 cc urine spontanément. 26-V, trace d'albumine.
immédiatement après l'accouchement accès répétés de 3-30; 1/2 gr. chloral, 0,01 gr. morph.	entrée 25-V, dans le coma, pouls 140, to 38^o8; alb. 12 ‰, camphre, caféine, eau physiologique. accès à 5^o 30'. accès à 6^o 15', 0,03 gr. morphine, 18 ‰ alb., to 39^o5, pouls 140, camphre, eau physiologique, caféine. 15^o 30' respiration très superficielle: respiration artificielle. 18^o 30', 15 cc urine; œdème pulmonaire. 26-V, 5^o, to 39^o1, 15 cc urine, camphre, caféine; coma profond, respir. artificielle 13^o, 40 cc urine. 27-V, 90 cc; to (soir) 39^o4. 28-V, 180 cc; to (matin) 39^o3, pouls 148. 29-V, to tombe à 37^o8; petits râles pulmonaires. 10-VI, la malade quitte la clinique de sa propre décision. urine 2000 cc, 1/4 ‰ alb.
.	9-VI, les 3 premiers accès à la maison; 2 accès pendant le transport à la Charité; perte de connaissance, vomissements; la malade a reçu à l'extérieur 0,01 gr. morphine; 129 cc urine, 3 1/4 ‰ alb. — 9-VI, 7^o 15', entrée à la Charité; accès à 12^o 10', 12^o 55', 13^o 55', 15^o 50', 17^o 20'. 17^o 54; thérapie: chloral, enveloppements; rétablissement lent.
II, 3 ^o .	jusque 9 h., 4 accès; entrée à la clinique; accès à 11^o 30', 16^o 10', 10^o 40', 19^o 45', puis plus d'accès; rétablissement.
III, soir.	plus d'accès.
tôt après la délivrance,	après les premiers accès 1 1/2 ‰ d'albumine; 2^d accès, 1^o 10', to 37^o3. 17^o, forte excitation; chloral, morphine. accès à 3^o 15' (alb. 1/4 ‰), 9^o 40', 22^o 10', 24^o 45', 1^o 20', 2^o 30'; to 39^o1, alb. 1/4 ‰; 4^o 30', 9^o 45', to 39^o6; 19^o 30', alb. ‰, 20^o, to 38^o1.
8 ^o .	après le 1^{er} accès, alb 1 1/2 ‰, chloral; vers 22^o, 2^d accès; puis plus d'accès.
24 ^o .	4 accès encore jusqu'à l'entrée à la clinique 15-X, 14^o 57, 6^e accès; malade reçoit chloral, morphine, caféine: to 38^o9; 15^o, 7^e accès; 18^o, to 39^o2. 16-X, to 37^o6, urine contient 3/4 ‰ d'alb. 17-X, 8^o, to 37^o. 18-X, to 38^o6, bronchite diffuse. 19-X, to 37^o5, sensibilité de l'abdomen, râles à la base du poulmon au-dessus de la zone d'infiltration. 20-X, râles sur tout le poulmon; légère matité; le soir, forte dyspnée, fortes douleurs dans l'abdomen, pouls 125. 21-X, 4^o matin †. Autopsie: Pneumonie fibrineuse, péritonite débutante, hépatite hémorragique, néphrite, néphropyélite.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
24	X-05 4659-124.	C., 40 ans entrée 20-X-05 transférée 3-X-5.	II pare.		18-X, spontanée, enfant vivant.
25	X-05 4760-140.	K., 23 ans entrée 24-X-05 sortie 7-X-05.	I pare.		24-X. 16 ^o 45' spontanée.
26	XI-05 5148-85.	G., 18 ans entrée 11-XI-05 sortie 23-XI-05.	I pare.	dans les dern. temps œdèmes des pieds, 6 0/100 d'alb..	le 11-XI, à 21 ^o 40' spontanée, enfant 52 cm. 3720 gr.
27	XII-05 157.	K., 20 ans éentr. 24-XII-05 sortie (?).	I pare.	pas de troubles antérieurs; quelques minutes après l'accouchement, céphalalgies, papillotage, troubles de la vue. après 1015' le pouvoir visuel est rétabli, céphalalgies perdurent.	24-XII normale spontanée, enfant 48 cm, viv. 2900 gr..
28	XII-05 175.	F., 17 ans entr. 27-XII-05 sortie 5-I-06.	I pare.	parfois vomissements au cours de la grossesse.	le 27-XII, à 13 ^o spontanée, enfant † 32 cm..
29	II-06 6888-50.	M., 24 ans entrée 5-II-06 sortie 22-II-06.	I pare.	dep. quelques mois, œdèmes des jambes et de la figure, avant la délivrance céphalalgies, vomissements.	5-II-06, 14 ^o spontanée, normale
30	III-06 7641-65.	H., 22 ans entrée 9-III-06 sortie 22-III-06.	I pare.	pas de prodrômes.	le III, 13 ^o 30' spontanée, enfant avant 51 cm. 3250
31	III-06 7777-112.	W., 25 ans entrée 15-III sortie 24-III.	I pare.	le 12-III, néphrite.	15-III, 19 ^o , 30' accouchement dur le transport, enf. 45 cm., 1720 gr..
32	IV-06 327-135.	Z. entrée 16-IV-06.	II pare, 1 ^{er} accouchement normal.	pas de symptômes prodrômaux.	16-IV, à 1 ^o spontanée, enfant vivant.
33	IV-06 641-247.	A. entrée 28-IV-06 sortie 7-V-06.	I pare.	pas de symptômes prodrômaux.	28-IV, 23 ^o 30' spontanée.

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
19-X, 23 ^o 30'.	après le 1 ^{er} accès on applique des enveloppements chauds; jusqu'à l'entrée à la clinique, elle a eu 6 accès; morphine. 20-X, 12 ^o 30', respiration s'arrête, on pratique la respiration artificielle; camphre, éther; saignée. 17 ^o 30', entrée à la clinique; 19 ^o , alb. 12 ‰.
	21-X, 7 ^o , alb. 10 ‰, plus d'accès. 22-X, 10 38 ^o , 7 ^o matin; 38 ^o 5 après-midi. A partir du 22-X, courbe ascendante jusqu'au 31-X, alors 10 40 ^o . (matité pulmonaire aux 2 bases), puis chute à 37 8 le 2-XI. Mort le 3-XI. Autopsie : Abscès pulmonaires avec pleurésie purulente gauche. Bronchite purulente, dégénérescence graisseuse du cœur.
24-X, 20 ^o 45'.	après le 1 ^{er} accès la malade reçoit de la morphine. 22 ^o , 2 ^d accès; choral, morphine. 26-X, 10 38 ^o 1; 27-X, 10 37 ^o 7. 29-X, 13 ^o , un accès; pas d'albumine.
12-XI, 1 ^{re} .	après le 1 ^{er} accès morphine, choral, alb. 6 ‰; 18 ^o alb. 3/4 ‰, urine 1900 cc..
24-XII, 0 ^o 15'.	après le 1 ^{er} accès, choral, morphine, plus d'accès ultérieurs.
27-XII, 16 ^o 15'.	au moment de l'accès 37 ‰ alb., choral. 28-X, 17 ^o , 1 ‰ alb., plus d'accès.
5-II, entre 17 ^o et 20 ^o .	5-II, de 17 ^o à 20 ^o , 4 à 5 accès, morphine; à 13 ^o 10, 7 ^{me} accès, choral.
12-III, 5 ^o 15'.	12-III, 9 ^o 30', 2 ^d accès, alb. 1/4 ‰, plus d'accès.
15-III, 19 ^o 30'.	
16-IV, 4 ^o 20'.	plus d'accès, rétablissement.
29-IV.	29-IV, 2 premiers accès (observés par la sage-femme), plus d'accès ultérieurs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
34	IX-06 58.	V., 22 ans entrée 7-IX-06 sortie 20-IX-06.	I pare.	pas de prôdr. spéciaux.	8-IX, entre 3° et 4° naissance de jumeaux 47 et 45 cm.. 2750 gr. et 2360 gr.
35	IX-06 3900-155.	D., 35 ans entrée 19-IX-06 transf. 22-IX-06.	I pare.	œdèmes prononcés.	19-IX, à 1° 45'.
36	XI-06 4870-25.	L., 20 ans entrée 4-XI-06 † 7 XI-06.	I pare.	œdèmes des pieds; depuis 8 jours œdèmes des pau- pières.	4-XI, à 20° 45' spontanée, enfant avant 50 cm. 3200 gr..
37	VI-06 5061-82.	P., 19 ans entrée 12-XI-06 sortie 19-XI-06.	I pare.	céphalalgies.	12-XI, à 8° 30' à la cliq., spontanée enfant vivant 49 cm 2800 gr..
38	I-07 6520-153.	M., 21 ans entrée 21-I-07 sortie 31-I-07.	I pare.	pas de prôdrômes 22-I, amaurose subite des 2 côtés précédant accès éclaptiques.	21-I, à 9° 30' spontanée, enfant 51 3230 gr..
39	III-07 7610-54.	S., 28 ans entrée 8-III-07 sortie 15-III-07.	I pare.	dern. jours céphalalgies.	8-IV, à 2° 45' spontanée.
40	III-07 119.	F., 24 ans entrée 14-III-07 transf. 17-III-07	I pare.	au début de la grossesse vomissements, sans cela bien portante. Depuis 4 semaines œdèmes, cé- phalalgies. 14-III, à 11°, trouble de la vue.	14-IV, 3° 30' spontanée.
41	III-07 1707-173.	L., 30 ans.	I pare.	depuis le 17-III, au matin, hémorragies, alb. 3 ‰.	20-III, 5° 30', après m- teuryse, enf 38 cm. 1240 gr..
42	III-07 8001-209.	B., 22 ans entrée 24-III-07 sortie 3-IV-07.	I pare.	nausées, vertiges, œdèmes; œdèmes de la figure de- puis 4 à 5 semaines; depuis quelques jours céphalalgies intenses; depuis la veille, trouble de la vue, alb. 2 ‰, le 24-III, 3 1/2 ‰, le 25-III, 8 ‰	25-III, à 6° 15' normale, enfant 49 cm 2200 gr..
43	IV-07 421-144.	G., 18 ans entrée 16-IV-07 sortie 25-IV-07.	I pare.		coldilaté comme i piè- de 3 mk. dilatatio avec le ballon en 3 minutes 10° 30', p- cette dilatation rup- ture de la poche 17° 30', naissanc enfant viv. 48 cm

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
IX à 13 ^o 30'.	8-IX, accès suivant à 13 ^o 30'; 14 ^o 10'; 16 ^o ; 18 ^o ; 18 ^o 15'; 19 ^o 15'; 20 ^o 45'; 22 ^o 40'.
0-IX, à partir de 1 ^o 45', 6 accès.	19-IX, accès suivant à 13 ^o 10'; 13 ^o 40'; 16 ^o 5'; 16 ^o 45'; 18 ^o 15'; 19 ^o 30'; 20 ^o 30'; 22 ^o 30' 20-IX, 1 ^o 45', accès; 5 ^o , accès; 7 ^o 30', accès. 22-IX, 1 ^o de 38 ^o 9', p. 115, plus d'accès. Psychose.
XI, 1 ^o 15'.	après le 1 ^{er} accès 10 ‰ d'albumine. accès à 2 ^o ; 4 ^o 12'; 6 ^o ; 7 ^o 30'; 10 ^o 45'; 12 ^o 30'; 14 ^o 10'; le soir à 22 ^o , 15 ^e accès dure 15 minutes. 6-XI, on pratique la respiration artificielle de façon répétée pendant toute la journée. 7-XI, 7 ^o 15', 1 ^o de 40 ^o 3. P. 460, alb. 6 ‰; exitus 23 ^o 5'.
2-XI, 10 ^o 55.	après ce 1 ^{er} accès, pas d'albumine. 11 ^o 10', accès; 11 ^o 25', accès; 12 ^o , accès léger; 12 ^o 30', accès moyen; 17 ^o , 1000 cc urine; alb. 0; 19 ^o conscience intacte.
2 - I, après une amaurose subite des 2 côtés, 1 accès.	22-I, une élévation de 1 ^o de 38 ^o 5; rétablissement.
8-III, à 11 ^o .	2 ^d accès à 12 ^o : entrée 2 gr. chloral, 0,01 gr. m. puis plus d'accès. après le 2 ^d accès la malade reçut à l'extérieur 0,01 gr. m..
4-III, à 12 ^o , lorsque le médecin voulut suturer la déchirure pérenne II ^o .	2 ^d accès à 16 ^o 30; entrée; une seringue de hyoscin, plus d'accès. 16-III, durant la nuit encore une période d'excitation passagère; transférée à la clinique nerveuse.
26-III, à 2 ^o .	le 2 ^d accès survient le 20-III, à 16 ^o , 10 ‰ alb., puis plus d'accès.
20-III, à 17 ^o 30'.	après le 1 ^{er} accès la malade reçoit du chloral. 2 ^o 25', 2 ^d accès, alb. 1 3/4 ‰, plus d'accès.
16-IV, à 2 ^o .	23 ^o 40', 2 ^d accès. 17-IV, 1 ^o 40', accès, alb. traces.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
44	IV-07 576-210.	M., 20 ans entrée 22-IV-07 sortie 29-IV-07	I pare.		le 22-IV, à 14 ^o spontanée enfant vivant.
45	V-07 1202-187.	B., 24 ans entrée 19-V-07 sortie 31-V-07.	I pare.	dep. 15 j urs œdèmes. aujourd'hui vomissements.	le 19-V, à 18 ^o 40', sp ontanée, enfant viv 52 cm., 3270 gr..
46	VI-07 1524-11.	G., 26 ans entrée 1-VI-07 sortie 13-VI-07.	III pare. 2 accouchem. nor- maux avec œdè- mes réduits.	grossesse actuelle, œdèmes plus accentués.	31-V. à 28 ^o 30' normale enfant † né.
47	VI-07 2099-213.	L., 28 ans entrée 26-VI-07 sortie 10-VII-07.	? pare.	aphasie motrice complète, aphasie sensorielle par- tielle, lég. inconscience, forte teneur en alb. to 3608.	26-VI, 12 ^o expulsion spontané d'un fœtus macéré de 35 cm..
48	VII-07 2302-33.	Z., 20 ans entr. 3-VII-07 sortie 11-VII-06.	I pare.	maux de ventre, vomisse- ments, œdèmes accentués dans les derniers temps.	le 4-VII à 9 ^o spontanée.
49	VII-07.	M., 21 ans entr. 13-VII-07 † 17-VII-07.	I pare.	4 ^e mois, vomissements; dans les derniers temps, œdèmes des pieds.	13-VII à 18 ^o 45'. spontanée.
50	VII-07 216.	D., 23 ans entr. 30-VII-07 sort 8-VIII-07.	I pare.	pas de prodrômes nets.	le 30-VII à 12 ^o 45' spontanée; jumeau 48 et 47 cm., 2350 2300 gr..
51	VIII-07.	S., 18 ans entr. 1-VIII-07 sor. 14-VIII-07.	I pare.	pas de prodrômes.	le 1-VIII à 14 ^o spontanée; enfant viv 48 cm., 2750 gr..
52	VIII-07.	S., 20 ans entr. 22-VIII-07 sortie 1 IX-07.	I pare.		le 21-VII à 23 ^o 45' spontanée.
53	VIII-07 3340-192.	G., 23 ans entr. 23-VIII-07 sortie 8-IX-07.	I pare.	depuis 8 jours, douleurs de reins.	le 23-VIII à 16 ^o 45' normale, spontanée, e fant vivant, 49 cm 2950 gr..

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
-IV, à 16 ^o .	2 ^d accès à 17 ^o , 3 ^e accès à 21 ^o . 22-IV, 23 ^o 10' entrée, morphine, chloral. 23-IV accès à 0 ^o 30', alb. 1/2 0/00, accès à 6 ^o 10'.
-V, à 20 ^o .	2 ^d accès à 20 ^o 17'; chloral, morphine. le 20-V, accès à 2 ^o 25'; 4 ^o 30'; 6 ^o 15'; 7 ^o 45'; 8 ^o 15'; 11 ^o 45'; 14 ^o 45'; le 1 ^{er} jour et le 6 ^e to de 38 ^o 5 et 38 ^o 2; rétablissement complet.
-VI, 7 ^o , 1 ^{er} accès.	toutes les 15', 1 accès, ainsi 7 accès. 1-VI, pendant le transport 1 accès to 37 ^o 4; entrée à 23 ^o : forte teneur en albumine, to 38 ^o 9; encore 1 accès. 2-VI, œdème pulmonaire. 4-VI, alb. 1/2 0/00. 11-VI, alb. 0.
-VI, 9 ^o 45', 1 ^{er} accès.	accès suivent à 12 ^o 58'; 13 ^o 31'; 13 ^o 45'; 13 ^o 57'; 20 ^o 10'; 21 ^o 30'; — 28-VI, 1 ^o 30'; 4 ^o 45', accès et coma; 5 ^o 15'; 6 ^o ; 6 ^o 15'; 6 ^o 20'; 6 ^o 30'; 6 ^o 35'; 6 ^o 45'; 7 ^o 45. 8 ^o et 8 ^o 10', tremblements dans les extrémités inférieures. 8 ^o 15', accès typique suivi de secousses dans les extrémités inférieures. 14 ^o , tremblements dans les jambes. 14 ^o 30', accès typique. 29-VI, 12 ^o 20', tremblements. 30-VI, 3 ^o 15', accès violent; 10 ^o 50', accès violent; de façon réduite les tremblements se présentent encore; rétablissement progressif.
immédiatement après la délivrance.	5-VII, au matin, 2 accès, entrée à la charité, alb. 6 0/00. 13 ^o , 1 accès choral, morphine, 1000 cc eau physiologique; puis plus d'accès.
-VII, bientôt après l'accouchement accès, le 4 ^e durant le transp. à la clinique.	13-VII, 23 ^o 15' 5 ^e accès. 14-VII, 2 ^o 45', accès; 5 ^o 25' accès; 8 ^o 25', accès; 8 ^o 48', accès; 9 ^o 10', accès, chloral per rectum, 1100 gr. urine; 10 ^o , accès; 11 ^o accès; 11 ^o 20', accès, scopolamine 0,0005, morphine 0,005 gr., eau physiologique 2000 cc. 18 ^o , eau physiologique 2000 cc. 1 seringue de digalène et de caféine, alternant toutes les heures. 15-VII, le coma s'exagère toujours, alb. 4 0/00; 2 ^d accès, 1500 cc eau physiologique, 400 gr. urine. 16-VII, alb. 5 0/00, 1 accès, 1000 cc eau physiologique. 17-VII, 2 ^o 30', 1 ^{er} . Autopsie: bronchite et bronchopneumonie; œdème pulmonaire. Hémorragie éclamptique dans le foie.
31-VII, à 12 ^o 30'.	après le 1 ^{er} accès, 1 1/2 0/00 alb.; 13 ^o 45', 2 ^d accès, chloral 2 gr.; morphine 0,03 gr.: plus d'accès.
-VIII, à 17 ^o 30'.	le 1-VIII, encore 4 accès. 2-VIII, accès à 0 ^o 30'; 0 ^o 45'; 1 ^o ; 1 ^o 10'; 8 ^o 01'; arrêt passager de la respiration; toutes les heures 1 seringue de caféine, une seringue de digalène, accès à: 1 ^o 35'; 1 ^o 40'; 1 ^o 45'; le 6 ^e et le 7 ^e jour pouls de 120 sans élévation thermique cède à l'administration de digalène.
-VII, à 6 ^o 15'.	jusqu'à 7 ^o 40', 6 accès, accès à l'entrée 8 ^o 15', 9 ^o 15', 9 ^o 30' et 9 ^o 50'.
-VIII, à 5 ^o .	après le 1 ^{er} accès 2 gr. chloral; puis accès à 6 ^o et 6 ^o 30'; jusque 11 ^o 25', 12 accès; morphine, 2000 gr. eau physiol., 2 gr. chloral; 2 seringues de digalène. 25-VIII, alb. 1 1/4 0/00, plus d'accès. 26-VIII, alb. 1 0/00.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
54	IX-07 3576-34.	B., 19 ans entrée 5-IX-07 sortie 16-IX-07.	I pare.	vomissements au début de la grossesse, depuis 7 jours œdèmes des pieds; commencement des douleurs, le 5 à 11°, le 5 à 23° 30' 4 0/0 alb..	douleurs absentes depuis 5° env., métroragie; l'orifice étroit, perméable à 2 doigts; la poche des eaux avait été rompue le 6-IX à 13° 40', ballonné, expulsé, naissance le 14° 10', enfant vivant, 52 cm., 3450 gr..
55	IX-07 3951-195	S., 20 ans entrée 26-IX-07 sortie 3-X-07.	I pare.	œdèmes des pieds.	le 26-IX, 12° 30' accouchem. spontané.
56	X-07 4253-63.	M., 32 ans entrée 8-X-07 sortie 17-X-07.	II pare 1 ^{er} accouchement normal.	derniers 15 jours, œdèmes des pieds.	8-X-07, à 8° 15' normale.
57	X-07 151.	M., 30 ans entrée 24-X-07 transférée 9-X-07 à la clinique nerveuse.	I pare.	depuis le milieu de la grossesse, œdèmes des jambes, des mains, de la figure; vomissements, céphalalgies, papillotage le 21 et 22-X, l'état général est bon; le 23-X, céphalalgies, papillotage.	21-X, spontanée.
58	XII-07 5466-28.	O., 18 ans entrée 2-XII-07 sort. 11-XII-07.	I pare.	depuis 3-4 jours œdèmes des pieds.	3-XII, à 5°, spontanée à 5° 45' on extrait le placenta, enfant vivant, 52 cm., 3580 gr..
59	XII-07 214.	F., 21 ans entr. 26-XII-07 sortie 6-I-08.	III ^e pare 2 accouchements normaux.	depuis des semaines œdèmes, depuis 3 mois forte toux, dans les derniers temps vertiges, goître, alb. +.	26-XII, à 20° spontanée dans le bain, enfant 5 cm., 3900 g.
60	II-07 6044-232.	K., 24 ans entrée 29-XII.	I pare.	pas de prodrômes.	29-XII, à 12° spontanée; enfant vivant, 49 cm., 3180 gr..
61	II-08 213.	H., 22 ans entrée 24-I-08 † 25-I-08.	I pare.	œdèmes des pieds, dans les derniers temps de la figure, pas de céphalalgie, pas de papillotage.	23-I, à 11°.

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
6-IX, à 14 ^o 40'.	6-IX, à 15 ^o 20', 2 ^d accès; plus d'accès.
30' après la délivrance.	alb. 12 0/00, depuis le 1 ^r accès, conscience atteinte. 27-IX, alb. 2 0/00; 28-IX, 1 1/2 0/00; 29-IX, 1/2 0/00; 30-IX, 1/4 0/00. I-X, alb. trace; évolution apyrétique.
X-7, à 19 ^o 30'.	20 ^o 15', encore 1 accès puis entrée à la charité, caféine, 1200 cc. eau physiol., chloral, morphine, plus d'accès. 8-X, au soir, alb. 1/2 0/00. 9-X, amnésie.
-X, à 14 ^o 30'.	jusqu'à son entrée, encore 3-4 accès; coma profond, alb. 8 0/00, œdèmes prononcés, respiration artificielle. 25-X, 8 0/00 et 6 0/00 alb., 26-X, 4 0/00. 27-X, 2 1/2 0/00, accès de céphalalgie et papillotage. 28-X, 25 0/00 alb., 29-X, 4 0/00 alb. 30-X, 4 0/00, état empire, amaurose presque complète, fortes douleurs dans les reins, accès à 10 ^o 50'; 13 ^o 15'; 14 ^o 45'; 16 ^o 30'; 16 ^o 45'; 17 ^o 30'. 31-X, 3 accès, alb. 2 0/00. 1-XI, alb. 1 1/2 0/00. 5-XI, alb. 2 1/2 0/00, accès à 22 ^o 25'; 22 ^o 30'; 22 ^o 37'; 22 ^o 45'; 22 ^o 50'; 22 ^o 58'; 23 ^o 5'. 6-XI, 12 0/00 alb. psychose. 7-XI, 8 0/00 alb. 8-XI, 12 0/00. 9-XI, 3 0/00. 10-XI, 3 1/2 0/00; psychose avec périodes d'excitation. Sortie le 16-XII de la clinique nerveuse.
XII, 5 ^o 45', immédiatement après l'extract. du placenta, céphalalgie intense, acc.	2 ^d accès à 6 ^o ; accès suivants à 6 ^o 45'; 9 ^o ; 10 ^o 27'; 11 ^o 38'; 14 ^o 05'; 14 ^o 30'. 4-XII, matin, alb. 12 0/00; soir 6 0/00.
-XII, à 23 ^o .	après l'accès diurétique, chloral, plus d'accès; 3 ^e jour, élév. de t ^o de 38 ^o .
-XII, à 15 ^o 35' très expression du placenta.	2 ^d accès à 16 ^o 30', alb. +, conscience revient très vite; rétablissement.
immédiatement après la délivrance.	jusqu'à son entrée à la Charité, 8 accès; entrée: alb. 3 0/00, sur tout le poumon râles, haleine fétide. 25-I, cyanose, dyspnée stertor; les sécrétions rosâtres des voies respiratoires augmentent d'heure en heure. 6 ^o 45' †. Autopsie: Pneumonie catarrhale des 2 lobes inférieurs, bronchite, dégénérescence parenchymateuse des reins, hémorragies à la muqueuse intestinale et pleurale, œdème du cerveau.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
62	III-08 7690-40.	K., 19 ans entrée 5-III-08 sortie 13-III-08.	I pare.	avant le 1 ^{er} accès les cé- phalalgies augmentent.	le 5-III, à 6 ⁰ présentation du si- extraction de la enfant vivant 48 2600 gr..
63	IV-08 153.	F., 19 ans entrée 17-IV-08 † 18-IV-08.	I pare.	depuis 3 semaines, œdèmes des pieds.	17-IV.
64	IV-08 457-176.	R., 17 ans entrée 20-IV-08 sortie 13-V-08.	I pare.		
65	IV-08 197-166.	O., 23 ans entrée 21-IV-08 † 24-IV-08.	III pare 1906 accouchement normal 1907 avortement Ve mois.	alb. +.	le 21-IV, à 3 ⁰ spontanée.
66	IV-08 660-261.	F., 27 ans entrée 29-IV-08 sortie 10-V-08.	I pare.	dernières 4 semaines, œdè- mes des pieds, vertiges.	le 29-IV, à 15 ⁰ .
67	V-08 705-1.	K, 24 ans entrée 1-V-08 sortie 4-V-08.	I pare.	depuis 8 semaines, œdèmes des pieds, il y a 1 mois durant 1 jour, papillotage 30-IV, alb. 6‰.	le 1-V, à 0 ⁰ 30' normale spontanée enfant vivant 50 cm 3350 gr..
68	V-08 1275-199.	S., 23 ans entrée 22-V-08 sortie 1-VI-08.	I pare.	au début vomissements, œdèmes.	douleurs rares, acc- ouchement lent, au- ment de l'expuls- la tête, accès écla- tique, enfant vivant.
69	VII-08 2245-20.	Z., 21 ans entrée 2-VII-08 sort. 16-VII-08.	II pare 1907, 1 ^{er} accouchem. normal au 8 ^e mois.	souvent vomissements, nausées, céphalalgies, œdèmes, papillotage, depuis quelq. semaines pertes jaunes.	3-VII, à 2 ⁰ 15' enfant 42 cm., 2120
70	VII-08 2309-40.	B., 25 ans entrée 5-VII-08 sort. 19-VII-08.	I pare.	œdèmes, pas d'autres pro- drômes.	5-VII, à 12 ⁰ normale et spontan
71	XII-08 6018-72.	H., entrée 9-XII-08 transférée à la clin. nerveuse le 14-XII.		œdèmes légers des pieds, le soir to 37 ⁰ 8.	

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
5-III, à 19 ^o 15'.	5-III, à 21 ^o 40', 2 ^d accès, la malade reçoit morphine, chloral. plus d'accès.
7-IV, bientôt apr. la délivrance,	2 ^d accès à l'entrée à la clinique, 20 ^o 45'; pouls irrégulier, seringue de digalène par voie intra-veineuse, caféine. 18-IV, 20 ^o 45', respiration râlante, cyanose, respiration artificielle, à 30 ^o †.
9-IV-08, à 10.	21-IV, 2 ^d accès; 22-IV, 1 ⁴ 0/00; 23-IV, de 7 ^o à 7 ^o 40'. 8 accès, alb. 2 0/00, puis plus d'accès; du 3 ^e au 8 ^e jour t_0 oscille entre 37 ^o 7 et 39 ^o 5, sécrétions utérines stériles, symptômes pulmonaires.
11-IV, à 14 ^o 30'.	suivent, espacés d'un 1/4 d'heure, 13 accès; 14 ^e accès à 21 ^o 30'; 22-IV jusque 4 ^o 30', 5 accès espacés de 15'; 20 ^e accès à 5 ^o 30', 21 ^e accès à 6 ^o . 23-IV, inconscience complète. 24-IV, 12 ^o 30' †. Thérapie : Digalène, chloral, morphine, caféine, camphre, eau physiologique, respiration artificielle.
19-IV, à 23 ^o .	le 29-IV, jusque 5 ^o 15', 11 accès, alb. 6 0/00, Thérapie : chloral, morphine, eau physiologique, digalène, téobromine. 30-IV, alb. 2 0/00; 2-V, 1/2 0/00; 3-V, encore un accès.
2-V, à 9 ^o .	1-V, 2 ^d accès 10 ^o ; 3 ^e accès 14 ^o 45'; 4 ^e accès 15 ^o ; suivent encore 2 accès, puis accès à 17 ^o 30', 19 ^o 10', 20 ^o 18', 21 ^o 50', 22 ^o 10'; alb. 4 0/00; 2-V, 2 accès vers 4 ^o ; 3-V, 1 ^o 30', 15 ^e accès, 1 1/2 0/00 alb. 4-V, 1 ^o 30', 16 ^e accès; 5 ^o 20', 17 ^e accès, alb. 1/2 0/00. 5-V, 23 ^o 30', accès. 6-V, accès 4 ^o 10' et 4 ^o 20', 1/2 0/00 alb. 7-V, 1 0/00 alb.; 9-V, 1 1/2 0/00 alb.; 2 ^e et 3 ^e jour t_0 de 38 ^o 9, puis chute et évolution apyrétique.
au moment de l'expulsion de la tête.	après l'accès 0, 10 0/00 alb.; thérapie : morphine, chloral. plus d'accès.
16-VII, 14 ^o 45'.	après le 1 ^{er} accès, alb. 14 0/00. 4-VII, alb. 6 0/00, plus d'accès. 16-VII, alb. 1 0/00.
17-VII, à 13 ^o 30'.	depuis 12 ^o 30' jusqu'à l'entrée à la Charité, 23 ^o 15', 7 accès; 23 ^o 45', 8 ^e accès. 6-VII, alb. 4 0/00, 5 accès; 7-VII, alb. 1/2 0/00. 9-VII, conscience revenue; amnésie.
	pendant le transport, à 14 ^o 45', 1 accès. accès à 16 ^o 20', morphine; accès à 18 ^o , ponction lombaire de 10 cc, accès à 18 ^o 59'. 10-XII, t_0 39 ^o 4, puis chute de t_0 . Rétablissement.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE
72	XII-08 6129-120.	H., entr. 14-XII-00 † 15-XII-08.	III pare.	pas de prodrômes nets.	14-XII, à 10 30'.
73	I-99 6681-34.	S., 21 ans entrée 4-I-09 sortie 15-I-09.	I pare.	dans les derniers temps œdèmes passagers des pieds, pas d'autres pro- drômes, trace d'album.	4-I, à 50 30' enfant vivant 50 c 2900 gr .
74	I-09 7098-222.	W., 25 ans entrée 24-I-09 sortie 2-II-09.	II pare premier accouche- ment normal.		21-I, à 110 45' spontanée normale
75	II-09 7342-26.	K., 23 ans entrée 3-II-09 sortie 17-II-09.	I pare.	œdèmes des pieds, sans cela bien portante pouls 120, t° 37°8.	3-II, à 17° 30'.
76	III-09 8113-44.	II., 25 ans entrée 5-III-09 sortie 12-III-09.	I pare.	avec le début des douleurs, céphalalgies constantes, au cours des derniers jours diurèse réduite, œdème passager des mallécles t° 36°6, pouls 78; forte teneur en albumine.	3-II, à 50 50'.

1 ^{er} ACCÈS	ÉVOLUTION DE LA MALADIE
30' vomissements subits; accès inconscience.	14-XII, accès distancés de 1/2 à 1 ^o . 16 ^o 20', accès. 16 ^o 30', accès, alb. 12 ‰, ponction lombaire, chloral, morphine. 15-XII, 10 ^o 02', ponction lombaire. 10 ^o 15', † dans le coma. Autopsie : foie éclamptique, dilatation de l'uretère gauche et du calice rénal gauche; néphrite parenchymateuse des 2 reins.
quelques heures après la délivr. troubles visuels. 20 ^o 45', 1 ^{er} accès de 2 minutes.	21 ^o , accès; 21 ^o 30', accès, à 23 ^o , entrée à la clinique: plus d'accès. 5-I, 10 30', une seringue de diurétine en clysme, alb. 1 ‰; jusqu'au 11-I céphalalgies.
-I à 14 ^o 30' 1 ^{er} accès.	24-I, 15 ^o , 45', accès, puis 3 accès ultérieurs de 5 minutes. entrée : chloral, morphine; plus d'accès. 19 ^o 45', 30 ‰ alb. 25-I, 1 1/2 ‰. 27-I, 1/4 ‰.
I, 00 30', après l'accouchement, 1 ^{er} accès.	3 accès ultérieurs durant de 51-5'. entrée : 21 ^o 45', rupture périnéenne III ^o . accès de 4' à 22 ^o 15' alb. 13 ‰, vomissements. 5-II, 3/4 ‰; guérison.
I, à 7 ^o 30' 1 ^{er} accès.	accès à 8 ^o 15', à 9 ^o 30', à 12 ^o , entrée, alb. 0,75 ‰, à 17 ^o 15'.

CATÉGORIE II.

Eclampsies ante- et intrapartum où ne fut point appliquée la césarienne vaginale (183 cas).

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
1	VI-04 1516-50.	M., 26 ans entrée 9-VI sortie 22-VI.	1 pare rougeole diphthérie.	oedèmes.	2 accès av. la déli- vrance le 9-VI.	délivrée.
2	VI-04 1847-144.	S., 21 ans entrée 25-VI sortie 19-VII.	1 pare.	oedèmes.	2 acc. éclamptiques.	délivrée.
3	VIII-04 2881-74.	J., 21 ans entrée 12-VIII sortie 29-VIII.	1 pare.	depuis 3 mois oedè- mes, diminution de la quant. d'ur. en 10 ⁰ 350 cc, 4,5 ‰ alb.	1 accès éclamptique au moment où la tête est au détroit inférieur (accès de 8 minut.).	tête au dét inférieur.
4	VIII-04 3136-171.	S., 24 ans entr. 29-VII-04 transf. 6-IX-04.	1 pare.			délivrée.
5	IX-04 3784-194.	S., 18 ans entrée 29-IX sortie 11-XII.	1 pare.	depuis 3 semaines oedèmes d. pieds; dim. de la quan- tité d'urine; alb. 1,3 ‰. Jusqu'au jour avant l'ac- couchement état général bon. Quel- ques heures avant la naissance brus- quement cépha- lalgies, vomisse- ments, papillot..	apparemment 1 ac- cès avant la déli- vrance.	délivrée.
6	X-04 3832-23.	H., 35 ans entrée 2-X sortie 29-X.	1 pare.	depuis 4 semaines oedème des pieds particulièrement fort dans les der- niers jours; les 2 derniers jours di- minution d'urine, trace d'alb.. 3-X, 1200 cc; 1/2 ‰ alb..	4-X, à 4 ⁰ 30', subi- tément 1 accès, 1400 cc urine, alb. o.	2-X, rupture la poche eaux, 4-X, t dans le mil. du bassin.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
I ératoire forceps au dehors à 18°.	5 accès après la délivrance. 9-VI, entrée à la clinique. 22° : inconscience, chloral, enveloppements chauds humides, chloroforme. 10-VI, conscience assez libre; morphine a été donnée pendant la nuit; urine 2600 cc. 3 ‰ alb.. 11-VI, conscience atteinte. 16-VI, alb. 1 1/2 ‰.	
VI, au dehors par forceps, incision du col et épisiotomie double pt. périnéenne pro- ncée II°.	encore 2 accès après la délivrance. à l'entrée : conscience très atteinte, chloral, morphine, 1900 cc. urine 5 ‰ alb.; cylindres hyalins et granuleux. 27-VI, 1600 cc urine, 2 ‰ alb., conscience presque intacte. 28-VI, 3600 cc. urine. 29-VI, 1/2 ‰ alb., œdèmes rétrocédent.	
VIII, par forceps; l'enfant était mort.	morphine, enveloppements chauds, chloral, en 10°, 200 cc urine, alb. 15 ‰ cylindres hyalins et granuleux. plus d'accès 14-VIII, en 12°, 500 cc. urine, alb. 1 ‰. 15-VIII, 2530 cc. urine, 1/2 ‰ alb.. 18-VIII, état satisfaisant. 19-VIII, pouls 85 t° 39°4, frissons, nausées, vomissements, troubles de la vue, papillotage. 22-VIII, sécrétions utérines stériles. A partir du 22 t° 37°8, puis baisse graduelle.	50,5 cm.
dehors à l'état d'in- conscience, jumeaux.	entrée le 29 à 0° 15 reçoit chloral, morphine; pendant la nuit encore 18 accès, t° 39°3. P. 130. 30-VIII, plus d'accès. L'état général ne se modifie pas. 31-VIII, inconscience; décubitus dans les reins et aux épaules. 1-IX, t° 42°; après un bain tiède 36°8; l'après-midi, 39°6. 2-IX, idem. L'état se maintient. 3-IX, t° 39°. La malade réagit à l'appel. 6-IX, la fièvre se maintient, l'état général se relève. 6-IX, transférée à la station 32. 21-IX, transférée à la clinique nerveuse N. W. à cause du diagnostic encéphalite bulbaire. 27-IV-05, sortie après amélioration.	42 et 44 cm. 1750 et 2150 grs. la petite fille 1 le 12-IX- 04
IX, au dehors à l'état d'inconscience.	d'après la malade après les premières douleurs expulsives inconscience et crampes. Sa conscience revient un peu avant le 2d accès pendant le transport. Elle est légèrement affectée parfaitement orientée sur son état; enveloppements chauds, chloral, morphine; de 6° à 10°, 5 accès. L'intensité des accès allait en s'augmentant. Au dernier accès forte cyanose, t° 38°5. P. 140. Après le dernier narcose profonde de 30' sommeil, ultérieurement vomissements. 30-IX, état général bon, urine de la nuit, 400 cc, alb. 1 ‰, amnésie, 0,03 gr. morphine, enveloppements humides. 11-XII, normal.	
X, forceps; rupture périnéenne. I°, hé- morragie, extraction manuelle du placenta, enfant vivant.	5-X, 1200 cc. urine, 1 1/2 ‰ alb. 4° 30', 1 accès éclamptique (durée 3/4 de minute). 6-X, plus d'accès, 2800 cc. urine, alb. 0. 7-X, frissons. 4 jours consécutifs, t° de 39°, baisse régulière jusqu'à 38°, après un lavage utérin à l'alcool. 17 et 18-X, t° de 39, baisse définitive à 37° après lavage utérin à l'alcool.	50cm. 3300 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
7	X-04 4055-83.	B., 21 ans entrée 11-X sortie 6-XI.	I pare.		11-X, à 15° 30'.	9-X, à 10° commencer de l'accouchement.
8	X-04 195.	B., 22 ans entrée 22-X † 29-X.	I pare.		aurait eu 2 accès, pendant le trans- port à la clinique 3 accès violents.	entrée à la clinique sans naissance, mes et cyano- des pieds, mains, des lèvres, 20°/100 râle trachéal orifice exte- rieur comme un tête paumée main.
9	XI-04 4924-129.	F. entrée 20-XI-04 sortie 1-XII-04.	I pare.		2 accès éclamptiq. avant l'accouch.; après l'accouchement jusqu'à son entrée, 8 accès, depuis le 2 ^d accès inconscience.	
10	XII-04 5336-62.	S., 24 ans entrée 8-XII sortie 17-XII.	I pare.	subitement cépha- lalgies, vertiges le 8-XII.	2 violents accès éclampt. avant la délivrance.	délivrée.
11	I-05 (?) 127.	J., 22 ans entrée 15-I † 15-I.	I pare.	absents.	apparition subite, jusqu'à son entrée 15 accès, empoi- sonnement (?). 300 cc. urine, 4°/100 alb., présence de sang (Guaiac).	col maintenu normal permé- able à 2 doigts.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
X; à 16° 15'. manœuvre de Ritgen. épisiotomie.	11-X, 1 ^{er} accès à 15° 30'. 2 ^d accès à 18°. 3 ^e accès à 18° 30', faible. à 18° 45', la malade reçoit 0,02 gr. de morphine. 4 ^e accès à 19° 15'; chloroforme, chloral. entrée 22° 15', 200 cc. urine, 22 ‰ alb., 3 gr. chloral. 12-X, plus d'accès, 240 cc urine, 3 ‰ alb., enveloppements chauds, conscience complète. 13-X, 1/2 ‰ alb.; infection de l'épisiotomie, suturée au dehors. 2-X, guérison complète.	
X, dilatation avec le Bossi, extraction avec le Tarnier. A droite et à gauche déchirure du col, réunion avec deux fils de catgut. Déchir. péri- niennne de II°. Enfant asphyctiq. point ram- ené à la vie.	29-X, la mère mourut 2° après la délivrance. Autopsie : Etat puerpéral de la matrice. Hémorragie éclamptique dans le foie. Hépatite et néphrite parenchymateuse, myocardite, ⁺ pancréatite (?). Hémorragie sub. endocardiaque. Hydrothorax bilatéral peu accentué, bronchite, atélectasie, ancienne tubercu- lose et ganglions bronchiques.	50 cm. asphyctique
	20-XI, après l'entrée, accès violent, morphine, chloral, enveloppe- ments, chauds, encore 2 accès violents, coma profond jusque 16°, figure cyanosée, râles trachéaux, amélioration, cyanose rétro- cède, symptômes pulmonaires moins accentués 2600 cc. urine, 11 ‰ alb.. 21-XI, amélioration notable, 1300 cc. urine, 1/3 ‰ alb., cons- cience revient, amnésie. rétablissement jusqu'à la normale.	44 cm. 2110 grs.
XII, 8° 30, délivrance au dehors par for- ceps; hémorrhag. ato- nique, tamponnem. de l'utér. et du vagin.	8-XH, encore 3 accès après la délivrance. entrée : 1 violent accès : chloroforme. tampon du vagin est éloignée, l'utérus n'était pas tamponné. enveloppements chauds, 0,02 gr. de morphine, serum anti- streptococcique. 16° 30' accès léger, morphine, 150 cc. urine. alb. 12 ‰. 20°, accès, enveloppements chloral, râles, trachéaux, râles pulmonaires, écume rose à la bouche, resp. superficielle, P. 110, 2 gr. camphre, resp. artif., les symptômes pulmonaires se maintiennent jusqu'au matin. 9-XII, 800 cc. urine, 6 ‰ alb.; t° 39°3, amélioration de l'état général; chloral. 10-XII, t° 28°, conscience complètement revenue. 11-XII, douleurs de poitrine. 12-XII, t° monte jusque 39°4; sécrétions utérines contiennent des streptococques; pneumonie. Pouls jusque 150. 16-XII, résolution. 17-XII, la malade quitte de sa propre résolution la clinique.	
I, essai de dilatation avec Bossi asphyxie totale passagère, 15' de dilatation donnent une ouverture de grandeur d'une petite paume de main sans déchir- ure, version extraction cile jusqu'au cou, perfora- tion de la tête (12°) légère hémorragie, après 13' pla- anta suit facilement, brus- quement violente hémor- gie atonique, tamponne- ment; enveloppements chauds, camphre, pouls petit,	15-I, à 14° 15', violent accès, 500 cc. eau physiologique. camphre, caféine: le pouls faiblit toujours, respiration artificielle, 500 cc. eau physiologique. à 15° 30', †. Autopsie : Etat puerpéral de la matrice, hémorragies dans le foie, dégénérescence parenchymateuse des reins, hypéremie des poumons.	

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATU A L'ENTRÉE
12	II-05 6695-43.	M., 39 ans entrée 5-II-05 † 8-II-05.	I pare.	oedèmes.	5-II, 30, 1 accès éclampt., jusqu'à la naissance 4 acc. chlorof., morph..	40. col com ment dilaté au milieu bassin.
13	II-05 7074-164.	B., 18 ans entrée 22-II-05 sortie 5-III-05.	I pare.	alb. 2 ‰.	21-II, à 22° 30', acc. éclamptique; accès s'est répété 3-4 fois.	col effacé, c externe pro complète dilaté.
14	II-05 7125-178.	F., 24 ans entrée 23-II sortie 6-III.	III pare 1902, fausse-cou- che de 7 mois. 1903, un enfant à terme mort-né.	céphalalgies et gas- tralgies intenses depuis le début de la grossesse, 12 ‰ alb..	23-II, 22° 15', accès éclamptique qui cède au chlorof..	23-II, 22° 15' fice extérie teint à peu la grand. paumedes
15	III-05 7282-25.	C., 32 ans entrée 3-III-05 sortie 18-III-85.	I pare.	2,5 ‰ alb..	8-III, 22° 15', 1 accès éclamptique.	tête au dé inférieur.
16	III-05 54.	L., 29 ans entrée 5-III † 7-III.	I pare.		4-III, 18° 30', 1 accès; 5 accès suivent.	
17	IV-05 163-58.	H., 19 ans entrée 8-IV sortie 18-IV.	I pare.	gonflemnt prononcé des extrémités in- férieures.		2 ‰ alb..
18	IV-05 98.	R., entrée 11-IV sortie 10-V.	I pare.	oedèmes très réduits, en bonne santé ; soif.	6 acc. éclamptiques pendant l'accou- chement, 1 accès après l'entrée.	orif. dilaté, p maintenue au milieu d etroit.
19	V-05 783-16.	M., 39 ans entrée 5-V sortie 13-V.	VII pare.	depuis 3 semaines céphalalgies, oedè- mes.	4-V-05, 10, 1r accès 5-V, 30, 2d accès.	
20	V-05 993-89.	S., 24 ans entrée 12-V-05 sortie 24-V.	IV pare 3 avortements néphrite à 7-8 ans.	vomissements, con- stipation, cépha- lalgies intenses, depuis 6 semaines oedèmes, depuis 3 jours douleurs dans les reins, env. 20 ‰ alb..	12-V-05, 1 accès.	col effacé, o externe per ble au doigt ture de la p prolapsus cordon.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
I, essai d'extraction par forceps; perforation à 16° 30'.	5-II, jusqu'à son entrée à la Charité (19°) encore 5 accès; conscience abolie, chloral en clysme; jusqu'au 6-I-9° encore 11 accès, ils durent d'une demie à 1', beaucoup sont coupés par le chloroforme; jusque 15° 30' encore une série d'accès, puis plus 7-II-5°, to 42°, pouls incomptable, 3 seringues de camphre à 100, pouls 140. 8-II-5°, to 41°5, pouls incomptable, camphre, caféine, respiration artificielle; à 8° 15', exitus. Autopsie: Ecchymoses sous pleurales hémorragies dans le foie.	
I, 5° 45', refoulement de la tête, version, extraction, enfant asphyctique ranimé.	22-II, chloral en clysme, lavage utérin à l'alcool, 20 cc. de sérum antistreptococcique 22-II-12°, conscience revient entièrement, quelques élévations de to jusque 38° 8', puis retour à la normale; à la sortie: col fermé, utérus en rétroflexion et involué.	52 cm. 3650 grs.
II, version et extraction, enfant asphyct. ranimé, déchirure cervicales superficielle, 20 cc. de sérum antistreptococcique.	apparemment plus d'accès; évolution apyrétique; rétablissement complet.	47 cm. 2220 grs. † le 26-II.
III, forceps; rupture périnéenne II°.	plus d'accès.	52 cm. 3300 grs.
II, forceps.	4-III, chloral, encore 15 accès, 5-III-20°, entrée à la Charité, to 40°6, enveloppements froids, chloral; inconscience, coma perdure. 7-III, pouls 130; respiration artificielle; 19°, †.	vivant.
V, 4° 30', avant l'arrière-faix, 1 accès éclamptique; 0,02 gr. morphine.	à partir de 6° 50', 4 accès consécutifs, 0,01 gr. morphine et entrée à la clinique; 1 accès à 9° 15', 3 gr. chloral, 1 accès à 16° 30', 0,03 gr. morphine, urine de 24°: 1700 cc., 2 ‰ alb., plus d'accès.	
IV, 12° 30', rupture de la poche; tête descend aussitôt jusque près du détroit inférieur; forceps au détroit inférieur.	plus d'accès.	51 cm. 3633 grs.
V, 5° 35', spontanée.	5-V, après la délivrance, 50 cc. urine, 12 ‰ alb., 0,03 gr. morph. 6° 50', accès, caféine. 100 cc. eau physiologique. 6-V-05, 820 cc. urine; rétablissement complet.	50 cm. 2920 grs.
V, dilatation avec les doigts jusqu'à la grandeur d'une pièce de 5 Marks, rigidité, dilatation au moyen du Bossi jusque n° 11 à 50', version-extraction (22° 30').	12-V, 23° 55', accès, morphine; 13-V-05, 30, morphine, alb. 16 ‰; 11° 20', expression du p'acenta Crédé; 17° 30', spontanément 300 cc. urine; rétablissement progressif; pas de lésions des parties molles; à la sortie: déchirure du col jusqu'à l'insertion vaginale	40 cm. 1470 grs. † le 16 V

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
21	V-05 1094-115.	K., 23 ans entrée 16-V sortie 31-V.	I pare.		16-V, 23° 12', accès éclamptique.	col dilaté, fixée au d supérieur
22	V-05 1288-141.	G., 19 ans entrée 22-V sortie 31-V.	I pare.	il y a 4 jours, hé- morrag. répétées, depuis 4 j. œdè- mes prononcés.	16° 30', accès, perte de conscience de 10° 30'.	6 ^e mois de la sese, à so- trée hémor- col permé- un doigt.
23	VI-05 7.	Z., 23 ans entrée 2-VI sortie 4-VII.	I pare.	vomissements dans la première moitié de la grossesse.	1-VI, 17°, accès éclamptique, 17° 30', 2 ^d accès, durant la nuit 7 acc., perte de connaiss. durant le transp., le matin : 2 accès.	tête au détr férieur.
24	VI-05 1648-09.	E., 19 ans entrée 8-VI sortie 18-VI.	I pare.	depuis 4 semaines douleurs dans les reins, œdèmes.	8-VI, 16° 20', accès éclamptique.	col effacé, o externe d comme 1 de 2 Mark
25	VI-05 152.	K., 25 ans entrée 19-VI sortie 2 VII.	I pare.	œdèmes prononcés.	19-VI, 3 accès au dehors, 4 ^{me} accès à son entrée à la charité.	col effacé, o comme une me de mai
26	VI-05 190.	P., 21 ans entrée 25-VI sortie 4-VII.	I pare.	douleurs dans les reins, œdèmes, céphalalgies.	25-VI, 11°, 1 ^r accès à des intervalles de 15' 2 ^d et 3 ^e accès pendant le transport. 13° 20', 1 accès, 900 cc. 25 ‰ alb.	col effacé, o externe d grandeur pièce d'1
27	VII-05 1169-60.	K., 22 ans entrée 6-VII sortie 27-VII.	I pare.		6-VII, 11° 50', accès déterminé par une forte crainte.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
V, haut forceps; déchirure vaginale à gauche par le forceps, suture périnéenne; suture, atonie légère.	sérum antistreptococcique, plus d'accès.	vivant 51 cm. 3600 grs.
V, dilatation avec le Bossi, jusqu'à une pièce de 2 Marks version et extraction; perforation, sérum 10 cc.	22-V, 1 ^{re} après délivrance, 3609; 10 cc. sérum antistreptococcique, plus d'accès; rétablissement progressif; sortie : col perméable à 2 doigts, forte déchirure.	
I, forceps au détroit inférieur; 7 ^e jour, élévation thermique de 39°.	2-VI, avant 8 ^h 20', 12 ^{me} , 13 ^{me} , 14 ^{me} accès, 10 ‰ alb., morphine, enveloppements, respiration artificielle 3-VI, 7 ^e conscience complète, alb 2 ‰, 7 ^e jour élévation thermique de 39°, quelques élévations ultérieures de 37°8; rétablissement normal.	52,5 cm. 3200 grs.
I, dilatation digitale jusqu'à 4 doigts, puis Bossi, dilatation complète en 10', version-extraction; au cours de la dilatation pas de déchirures (contrôle); après extraction déchirure du col jusqu'à l'insertion vaginale, pas d'hémorragie, pas de su- sure.	plus d'accès, rétablissement régulier; sortie : déchirure du col constatée à nouveau.	51 cm. 2910 grs.
VI 2 ^o 50 forceps du milieu du bassin.	2 ^o 30' 160 cc. urine 4 ‰ alb.. 3 ^o 30' chloral-morphine. 7 ^o 100 cc. urine 1 1/2 ‰ alb.. 24 ^o trace d'alb., rétablissement régulier. Sortie : déchirure du col jusqu'au cul de sac antérieur, 2 ^{de} déchirure en arrière.	53 cm. 3590 grs.
I dilatation digitale jusqu'à la petite paume de main, Dilatation avec le Bossi; pas de déchirures; version et extraction; déchirure cervicale superficielle.	chloral sérum antistreptococcique, plus d'accès, rétablissement normal, sortie : quelques petites déchirures cervicales.	51,6 cm. 3800 grs.
I, présentation du fœtus, version extrac- on, épisiotomie.	plus d'accès.	48 cm. 2730 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
28	VII-05 2539-113.	F., 19 ans entrée 14-VII sortie 27-VII.	I pare.	fortes céphalalgies, forte teneur de l'urine en alb. précédent immé- diatement le pre- mier accès.	1 ^{er} accès, 12 ^o , durant la période d'ex- pulsion, chloro- forme.	tête au dé- sordre inférieure.
29	VIII-05 3981-14.	N., 16 ans entrée 2-VIII sortie 3-IX.	I pare.		2-VIII, 5 accès, le matin à la clinique 2 accès alb. 15 ^o /100.	11 ^o 30', or- dinaire co- une pet. p. de main, fixée au dé- sordre supérieur.
30	VIII-05 3328-146.	B., 21 ans entrée 20-VIII sortie 1-IX.	I pare.		12 ^o , accès.	col effacé, d
31	VIII-05 216.	L., 38 ans entrée 28-VIII sortie 11-IX.	I pare.		28-VIII, de 1 ^o à 4 ^o 45', 4 acc., 25 ^o /100 alb.	orif. dil. co- une paum. main.
32	VIII-05 3385-168.	W., 19 ans entrée 22-VIII.	I pare.		20-VIII, 1 accès, crampes av. perte de connaissance. 21-VIII, 2 accès.	
33	VIII-05 231.	K., 22 ans entrée 31-VIII sortie 9-IX.	I pare.		la nuit du 30-31, 3 accès, morphine.	entrée à l. nique, 2 orifice ex- un peu pet. quel- me de poche m- nue, tête au détro- périeur.
34	IX-05 3689-31.	U., 40 ans entrée 5-IX sortie 16-IX.	VI pare.		4-IX entre 15 et 16 ^o , 1 accès. 5-IX, 2 ^o 30', accès. 4 ^{me} ac- cès pend. le trans- port.	col permé- 2 doigts tenu sur timètres

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
VII, forceps au dé- voit inférieur, forte échirure périnée- e, collaps cardiaque près hémorragie as- ez intense, camphre, au physiologique — osition élevée des membres. Morphine	encore quelques tremblements, plus de véritables accès : à 19° urine 350 cc. alb. 3 ‰. 15-VII, 7° 400 cc. urine 3/4 ‰ alb..	49 cm. 3050 grs.
III. Haut forceps — épisiotomie, déchirure vaginale gauche.	plus d'accès. 3-VIII, alb. 4 ‰. Episiotomie pas guérie par première intention.	asphyctique 51 cm, 3130 grs.
VIII forceps au mi- eu du petit bassin — épisiotomie.	chloral, 19° 20' accès. 21-VIII, 7° 50' accès, puis plus, rétablissement.	53 cm. 3590 grs.
VIII, Incision de la vulve antérieure, for- ceps du milieu du étroit, naissance de enfant 5° 30', légère échirure vaginale.	12°. 1 accès abortif. 20°, 10 ‰ alb. 29-VIII, 1 1/2 ‰ alb. 3-I, hématome de la vulve. enfant 5° 30', légère échirure vaginale.	52 cm. 3250 grs.
VIII, 12° 30' spon- née.	23-VIII, 13° accès (1 1/2 minute); 14° 30' accès (3/4 minute), mor- phine; 14° 45' accès, 10 38° 8 Pls. 164; 15° 30' accès; 16° 15' accès 10 38° 5; 20° 20' accès. 24-VIII, 9° 10 39° 1, puis chute, rétablissement.	50 cm. 3160 grs.
VIII, Incision de la vulve antérieure et postérieure — haut forceps, déchirure vaginale. enfant asphyctique ra- mé.	chloral, plus d'accès. Le 31 encore céphalalgies et troubles de la vue.	53 cm. 3700 grs.
métréuryse, forcée 18'. — le ballon tiré à travers le incisé latérale- ent — version — traction sur le pied 25', extraction jus- au cou, extraction lointaine impos- sible — perforation.	5-IX, 3° 45' 1 accès, 70 cc. urine, 24 ‰ alb; 8° 8 ‰ alb.. 6-IX, 8° 6° accès; malade a reçu camphre, caféine, morphine; 19° 1/4 ‰ alb.	† 48 cm. 1800 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
35	IX-05 3762-69.	R., 17 ans entrée 7-IX sortie 28-IX.	I pare.		10-IX, 17 ^o , accès éclamptique.	tête mobile détroit su- rieur.
36	IX-05 102.	L., 20 ans entrée 12-IX † 15-IX.	I pare.	depuis 2 semaines œdèmes.	13-IX-05, 15 ^o accès à la rue; dans sa demeure 8 accès; à 23 ^o , les accès s'arrêtent après morphine.	délivrée.
37	IX-05 3948-108.	B., 41 ans entrée 15-IX sortie 14-X.	V pare 3 ^e accouchement, perte de connais- sance pen- dant 3 jours.	œdèmes réduits.	6 accès avant, 2 ac- cès après la déli- vrance.	délivrée.
38	IX-05 4131-174.	S., 22 ans entrée 23-IX sortie 14-X.	I pare.		5 accès avant la dé- livrance.	délivrée.
39	X-05 4585-91.	K., 16 ans entrée 15-X sortie 1-XI.	I pare.		14-X, 23 ^o , 1 accès.	délivrée.
40	X-05 4592-101.	K., 20 ans entrée 16-IX sortie 25-X.			15-X, 23 ^o , 1 accès. 16-X, 1 ^o , 1 accès.	
41	XI-04 70.	G., 20 ans entrée 10-XI.	I pare.	dans les derniers temps œdèmes des pieds. 9-XI soir, céphalalgies. 10- XI, vomissements.	6 ^o 30', accès; de 7 ^o - 10 ^o , 6 accès; jus- que 13 ^o , encore 2 accès, pendant le transport en- core 5 accès.	
42	XI-05 183.	D., 21 ans entrée 26-XI.	I pare.	depuis 2 semaines œdèmes des jam- bes, des paupières, céphalalgies.	27-XI, 4 ^o 15', ver- tiges, amaurose, accès.	col effacé, o- externe 2 poche ma- nue, tête bile.
43	XII-5 130.	B. entrée 20-XII sortie 5-I-06.	I pare.	dep. 14 jours œdè- mes des pieds.	20-XII, 3 accès avant l'entrée, 5 ^o 30', 4 ^e accès à la Cha- rité.	
44	I-06 6232-49.	G., 20 ans entrée 8-I-06 sortie 19-1-06.	I pare.		1 accès avant l'en- trée, 3 ^o 30' entrée, aussitôt après 2 ^d accès.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
IX, haut forceps -- épisiotomie, déchirure vaginale et cer- vicale, tamponne- ment utérin.	11-IX, 11 ^h 45', accès; 15 ^h , accès débutant et coupé par le chloro- forme, morphine, caféine, camphre; rétablissement.	50 cm. 3280 grs.
IX, avant transport à la Charité accou- chement d'un enfant mort.	15-IX-05, camphre, morphine, caféine, coma, 10 ^h 39 ^m 8; 11 ^h 45' †. Autopsie: néphrite chronique parenchymateuse broncho- pneumonie, hypertrophie de la rate, hémorragies diffuses dans le foie et nécroses dans foie; goitre colloïdal.	†
IX probablement par haut forceps.	entrée le 15-IX à 10 ^h ; 12 ^h 45' accès, chloroforme, chloral; 13 ^h 50' 49,5 cm. accès; 15 ^h accès, respiration artificielle; 16 ^h accès, saignée; 3370 grs. 16 ^h 35' accès, chloroforme, chloral; 19 ^h 55' accès, eau physiolo- gique. 19-IX conscience intacte, amnésie; rétablissement.	
IX, 6 ^h , forceps. suture périnéenne.	encore 12 accès; entrée à la Charité, plus d'accès. 24-IX, une t° de 38° 2. 28-IX, une t° de 38° 2. 30-IX, une t° de 39° 2.	
X, 24 ^h , délivrance par forceps, chirurgie périnéenne.	jusqu'à l'entrée à la clinique encore 7 accès. 15-X entrée 20 ^h 50' 13 ^e accès; 30 ^h 20', 14 ^e accès, morphine, chloral, alb. 6 ‰; plus d'accès.	vivant.
X, spontanée, phalalgies, pas d'au- tres symptômes.	plus d'accès. 25-X alb. 1/4 ‰.	50 cm. 3650 grs.
XI, entrée 16 ^h , forc. du détroit inférieur, échirure périnéenne.	10-XI 16 ^h 30' accès; 18 ^h 15' accès; 18 ^h 35' accès; thérapie: chloral, morphine. le 11-XI une élévation de 38° 4. 12-XI 10 ^h 39 ^m 4, retour complet de la conscience, le 14-XI râles pulmonaires. Guérison.	52,5 cm. 3340 grs.
XI, metreuryse; en- 4 ^h , l'orif. externe est dilaté comme la pau- me de la main, ver- sion extraction 4 ^h 42' achevée, rupture pé- rinéenne, déchirure latérale du col.	plus d'accès.	47 cm. 2660 grs. fracture hu- mérale sim- ple.
XII, forceps du mi- lieu du bassin, dé- chir. périnéenne 1 ^o .	20-XII, 6 ^h 30', violent accès, respiration artificielle, chloral 3 ‰ alb., plus d'accès. 21-XII, 3/4 ‰. 5 ^e jour, élévation de t° de 38° 7.	50 cm. 3000 grs.
I, 4 ^h , haut forceps, incision du col pres- qu'entièrement effacé.	plus d'accès.	46 cm. 2320 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
45	I-06 6313-133.	R., 22 ans entrée 19-I sortie 31-I.	I pare.	dep. 15 jours œdèmes des pieds et de la figure, 19-I céphalalgies.	17 ^o 15', 1 accès.	col effacé, ca perméable 2 doigts.
46	II-06 25.	Z., 18 ans entrée 3-II-06 † 4-II-06.	I pare.		à partir de 10 ^o avant l'entrée accès avec perte de conscienc ce, pendant le transport 1 accès, à son entrée 1 ac cès violent.	col effacé, dil comme un pièce de 3 M
47	II-06 6860-37.	M., 19 ans entrée 4-II-06 sortie 21-II-06.	I pare.	pas de prodrômes.	nuit du 3-4-II subi tement 1 accès, 4-II durant le transport 1 accès.	col effacé, perm able à 1 doigt orifice pièc d'un Mark.
48	II-06 6889-48.	A. entrée 5 II sortie 25-II.	I pare.		accès avant le tran sport, 2 pendant le transport, 10 ^o 45' accès, 11 ^o 25' accès. 12 ^o entrée.	orifice permé ble à 1 doigt col effacé.
49	II-06 236.	K., 39 ans entrée 27-II-06 † 28-II-06.	IX pare.	dans les derniers temps œdèmes des jambes, derniers jours, céphalal gies, aujourd'hui éblouissements, amaurose.	27-II, 11 ^o accès, 2 ^d accès perte de conscience.	Col mainten cicatriciel, or fice permé ble à 1 doigt

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
19°, mètreuryse, 20-I, 0° 45, 1 accès, puis plus. 5', le ballon passe, pture de la poche, rsion extraction, gère déchirure du i.		42 cm. 1800 grs.
mètreuryse; le durant l'après-midi, du 3-II, 8 accès, t° 40°1. llon rempli aux 4-II, 4° 30', †. éclate parce qu'à té de la tête il n'y plus place. Pour- nt col dilaté au pyen du ballon en jusqu'à la gran- ur d'une petite ume, perforation la poche, version fficile, extraction, chirure du col à uche et à droite squ'à l'insertion va- nale, suture.		† 52 cm.
mètreuryse, poche es eaux se rompt, 5-II, 1° 25', 1 accès; 1° 55', 1 accès. llon tiré à travers 6-II, 8° 55', 1 accès; 17°, 1 accès; rétablissement. col en 9', pré- ntation d'un pied, traction. erture de la 2 ^{de} po- ne, version et ex- traction.		jumeaux 44,5 et 47,5 cm. 1860 et 2320 grs.
dilatation avec le ossi jusqu'à la gran- eur d'une pièce de 19° 5', t° 40°. Marks, ballon, ex- traction du ballon en , version, extrac- on.	5-II, accès à 13° 30', accès à 15° 40', accès à 16° 40', accès à 18° 20'. 6-II, accès à 6° 50', accès à 8° 35', accès à 9° 50'; accès à 12° 30'; durant les 7 premiers jours une élévation de t° de 38°5 et deux élévations de 38°.	49 cm. 2870 grs. asphyctique vivant, † après 18°.
I, ballon Champe- er provoque rup- ure de la poche des aux, traction 30', dilatation jusque 2 oigts, version ex- traction jusqu'à la ête en 10'. 22° 30', erforation, déch- ure du col à gauche usque dans le para- mètre. Tamponne- ment de l'utérus et u col et de la déch- ure du col.	28-II, 6°, t° 38°; 7° 30', t° 38° 8'; 11° 30' exitus. Autopsie : Pas d'hémorragie dans la cavité abdominale, autopsie plus lointaine interdite.	† 42 cm. 1470 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
50	III-06 7753-102.	J., 23 ans entrée 14-III transf. 25-III.	I pare.	pas de symptômes prodrômiques.	11 ^o 30', 1 accès éclamptique.	tête au dé inférieur.
51	III-06 7798-122.	K. entrée 17-III sortie 30-III	I pare.	oedèmes, depuis 15 jours, éblouisse- ments, céphalal- gies.	1 accès à la maison, 1 pendant le tran- sport, 1 à 11 ^o 30'.	
52	IV-06 7623-182.	S., 23 ans entrée 8-IV sortie 1-V.	I pare.	pas de symptômes prodrômiques.	2 accès avant l'entr.	conjugata 7 centim., biotomie r sée, col lo de 1 cent orifice exte perméable doigt, 1/2 alb.
53	IV-06 491-198.	G., 37 ans entrée 23-IV sortie 3-V.	V pare 4 accouchem. normaux.	22-IV, depuis long- temps, oedèmes des jambes, ver- tiges.	23-IV à partir de 10 3 accès, pendant la narcose encore 1 accès, albumine 20 0/00.	col effacé, ori- externe per- able à 2 doi- tête mobile
54	IV-06 660-259.	B. entrée 30-IV † 1-V-06.	I pare.		29-IV, depuis 22 ^o environ 12 accès morphine. 30-IV, 6 ^o , 2 accès, to 39 ^o 1.	
55	IV-06 682-264.	G., 19 ans entrée 30-IV sortie 15-V.	I pare.	29-IV, céphalalgies violentes, troubles de la vue.	30-IV, 5 ^o , 1er accès. 3 suivent, 11 ^o 45' accès.	entrée : 30- 12 ^o 45' col e cé, orifice méable à doigt.
56	V-06 973-86.	B. entrée 11-V sortie 20-V.	I pare.		3 accès avant la dé- livrance.	orifice exter perméable 2 doigts.
57	V-06 1132-149.	G., 28 ans entrée 18-V sortie 30-V.	I pare.	17-V (soir), cépha- lalgies, éblouisse- ments.	18-V, 8 acc. éclamp- tiques.	col effacé, ori- externe 50 cr

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
II, forceps au dé- plus d'accès. oit inférieur, rup- 3e et 5e jour, élévation de 38°5; 6e jour 39°5; 6e jour les sécrétions ure périnéenne 1°. utérines contiennent bâtonnets, staphylococques et diplo- ponnement utérin. cocques; bronchite, symptômes, pulmonaires.		47 cm. 2910 grs.
forceps au milieu plus d'accès. u bassin, épisiot- 17-III, après-midi, alb. 47 ‰. 19-III, 20 ‰. 24-III, 1 3/4 ‰. ie, deux déchirures 7e jour une élévation de t° 38°5. aginales.		49,5 cm. 3550 grs.
X, ballon dilaté en plus d'accès. 3' jusqu'à la gran- eur d'une pièce de marks; Bossi en 5' jusqu'à la pau- se de main, version e réussit pas, perfo- ration, extraction.		
V, orifice dilaté av. 23-IV, 3° 30', encore 1 accès. a main, poche rom- 24-IV, 7°, alb. 8 ‰; blessure de la langue guérie en 1 semaine. ue, version extrac- on.		vivant 51 cm. 3060 grs.
V, forceps au dé- 30-IV, coma profond, 18°, t° 37°4; 23 15', t° 39°4; camphre, action difficile, épi- caféine, eau physiologique, strychnine digalène. otomie. 1-V, 12° 15', †. Autopsie: Hémorragies nombreuses dans le foie.		† 51 cm. 3480 grs.
IV, Bossi en 13' plus d'accès. isque n° 11, présen- tion du siège, ex- action d'un pied, traction, rupture une seconde poche, ersion et extraction, apture périnéenne.		43 et 44 cm. † après 6° 30'.
eps du milieu plus d'accès. étroit, dilatation de orifice en 5', hé- orragie, expression a placenta, tam- onnement.		45 cm. 2100 grs.
V, métreuryse en plus d'accès. 12', extraction, per- ration de la poche, ersion extraction.		41 cm. † après 1°.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
58	V-06 151.	Z., 23 ans entrée 19-V † 19-V.	II pare.	18-V, après une pro- menade, céphalal- gie intense. depuis 1 jour maux de reins.	dans la nuit du 18-19 plusieurs accès; jusqu'à son entrée 16 acc.; to 38°8; à son entrée: 2 acc. violents.	col presque cé, permé- à 2 doigts.
59	V-06 1222-179.	K., 41 ans entrée 22-V-06 † 22-V-06.	XVI pare.		de 12° jusqu'à l'en- trée 6 accès, alb. 20 ‰.	col mainte- orifice ext- perméable doigt.
60	V-06 214.	H., 21 ans entrée 23-V † 29-V.	pare.	27-V, vomissements, violents maux de tête, perte de con- naissance.	27-V, 1 accès, 6 acc. suivent rapidem. 17° 8° accès.	col effacé méable au c
61	VI-06 1856-146.	B. entrée 20-VI sortie 30-VI.	I pare.	prodrômes très ré- duits.	19-VI, de 19° à 22° 9 accès éclampt., alb. 4 ‰.	col effacé, or- de la gran- d'une pe- paume de m
62	VII-06 2367-64.	F., 28 ans entrée 12-VII sortie 19-VII.	I pare.	dès le début, œdè- mes.	11-VII, 4°, douleurs, aussitôt apr. accès suivent 3 autres accès, alb. 5 ‰; entrée: accès.	col dilaté e facé, po- maintenue mobile. B. rétréci.
63	VII-06 2364-84.	R., 25 ans entrée 11-VII sortie 24-VII.	II pare.	au début, vertiges; dep. 3-4 semaines œdèmes des jam- bes et du bas- ventre; 11-VII, alb. 0 ‰.	14-VII, 5°, accès.	
64	VII-06 3524-113	H., 25 ans entrée 18-VII sortie 29-VII.	I pare.	derniers 15 jours, œdèmes.	18-VII, avant déli- vrance 1 accès.	délivrée.
65	VIII-06 75.	M., 18 ans entrée 8-VIII sortie 18-VIII.	I pare.	hier céphalalgies.	19° 30', 1 accès, après l'entrée 2 accès.	tête au dé- inférieur.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
7, métreuryse, perforation de la poche, abaissement un pied, 8° 45', extraction. Atonie, tamponnement utérin, suture d'une déchirure cervicale au moyen de 4 fils.	19-V, accès à 10° 25, 10° 35', 11° 15', 12° 10', 12° 20'; † pendant l'accès. Autopsie : Hémorragies dans l'endo- et l'épicarde, dans les plèvres, dans les séreuses; dans le foie, foyers éclamptiques.	51 1/2 cm. 2900 grs.
7, métreuryse, dilatation en 22', version extraction, atonie légère. Tamponnement, après 30', hémorragie traverse tampon. P. 140, nouveau tamponnement, camphre, caféine, infusion eau sucrée.	après 3°, léger rétablissement; 6° 15'. l'agonie commence; 6° 20' †. Autopsie : Néphrite, quelques foyers hémorragiques dans le foie.	46 cm. 1970 grs.
7, 17° 30', ballon. à 15'' extraction; version extraction.	27-V, 23, 9 accès. 28-V, 1° 15', encore 1 accès; dans la matinée, encore 1 accès. 29-V, coma perdue, respiration artificielle; 13° 15' †. Autopsie : Hémorragies sous-endocardiales, pneumonie fibrineuse et pleurésie, trachéo bronchite intersticielle.	36 cm. 1080 grs.
VI, 0° 45', forceps à milieu du détroit, suture déchirure périnéenne.	20-VI, encore 2 accès à 2° et à 4°, puis plus. Sortie : des deux côtés une large déchirure du col.	49 cm. 2960 grs.
VII, 2°, version, extraction difficile, déchirure vaginale, suture périnéenne. 3°, atonie, tamponnement. 17°, éloignement du tampon.	19° 30', accès.	53 cm. 3100 grs.
VII, Métreuryse, quelques minutes. suture de la poche. version extraction tout en 8'.	plus d'accès. le 5^e jour 1° passagère de 39°7. Sortie : déchirure du col jusqu'à son insertion vaginale, au dessus de l'orifice interne elle pénètre dans la paroi utérine.	45 cm. 1870 grs.
VII, forceps 13° 10'.	jusqu'à son entrée, 7 accès; à son entrée, 1 accès; le 18, encore 4 accès; eau physiologique, saignée; rétablissement lent.	
VIII, 12° 10', forceps à détroit inférieur, tamponnement. Rupture périnéenne 11°.	plus d'accès.	51 cm. 3510 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATU A L'ENTRÉE
66	VIII-06 106.	H., entrée 13-VIII † 14-VIII.			4 accès éclamptiq., 16 ‰ alb.; 7° 30', à son entrée, 1 acc.	
67	VIII-06 3242-142.	H., 27 ans entrée 17-VIII sortie 26-VIII.	I pare.	dep. 2 mois œdèmes.	1° 30', accès, jusqu'à 9° hier 20 accès, 17-VIII, 10° 1 acc. alb. 13 ‰.	
68	VIII-06 3396-211.	C., 19 ans entrée 25-VIII sortie 6-IX.	I pare.		nuît du 24-25 subite- ment 7 accès.	20 ‰ alb. effacé, o. de la gra- d'une pau- main.
69	VIII-06 3459-232.	H., 22 ans entrée 29-VIII sortie 8-IX.	I pare.	œdèmes.	28-VIII, 20°, dou- leurs; 24°, accès; en tout 7 accès.	col long d cm., orifi- terne de la deur d'une d'un Mar
70	IX-06 162.	K., 22 ans entrée 20-IX † 22-IX.	I pare.	œdèmes.	1 accès éclamptique avt la délivrance.	
71	IX-06 3984-190.	S. 25 ans entrée 22-IX sortie 5-X.	I pare.	au début hémate- nèse.	22-IX, 1° 15' accès.	
72	X-06 3641-51.	A. 22 ans entrée 6-X-06 sortie 16-X-06.	II pare	pas de prodrômes spéciaux.	11-IX, 22°, 1 accès, tremblements dés- ordonnés des bras, écume à la bouche, morsure de la lan- gue. alb. o. 27-IX, à 15° 30' 1 accès, tremblement des bras.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
III, 7 ^o 30', spon- née.	13-VIII, accès à 8 ^o 20', chloral; accès à 8 ^o 55', morphine; accès à 10 ^o 30', durée (0 ^o 10'), chloral, caféine; accès à 2 ^o 30', caféine. 14-VIII, 3 ^o , to 39 ^o 8. Anurie presque complète; 3 ^o 50', accès éclamptique et †.	vivant 48 1/2 cm. 2940 grs.
III, dilatation av. ossi, métreuryse. ersion et extrac- n du 1 ^{er} enfant. ersion et extraction 2 ^d enfant. 1 dé- ir. du col à droite, morragie, expres- on du placenta; mponnement.	17-VIII, 13 ^o 45', accès; 22 ^o , accès léger.	46 1/2 et 44 1/2 cm. 2060 et 1720 grs. le 1 ^{er} † 17- XIII.
III, 17 ^o 45', for- ps au milieu du tit bassin.	26-VIII, 12 ^o , 1 accès, puis plus.	48 1/2 cm. 2820 grs.
III, 9 ^o 45', Bossi que 9 en 25'; ver- on extraction.	28-VIII, 12 ^o accès, puis plus. Sortie: col déchiré des deux côtés jusqu'à l'insertion vaginale.	43 cm. 1670 grs. † le 28.
ehors.	4 ^e accès au moment de l'entrée à 5 ^o 30'; accès à 8 ^o 15', accès à 10 ^o 45', accès à 14 ^o , accès à 16 ^o , accès à 17 ^o 15', accès à 19 ^o 30', accès à 21 ^o 50', accès à 22 ^o 5', chloral, morphine, camphre, caféine, respiration artificielle, saignée, eau physiologique. - 21-IX, 0 ^o 30' accès, 1 ^o accès, 2 ^o 45' accès, 4 ^o 50' accès, 5 ^o 20' accès. 7 ^o 50' accès, 9 ^o 30' accès, 10 ^o accès, alb. 5 o/oo. 22-IX, 7 ^o , to 38 ^o 4, alb. 20 o/oo. 22-IX, 11 ^o 45', †. Autopsie pas faite.	50 cm. 2840 grs.
X, version et ex- ction.	23-IX, céphalalgies, troubles de la vue; plus d'accès. rétablissement.	47 cm. 2700 grs.
19 ^o 30' euryse sous nar- e; 8 ^o 30', naissance de enfant.	plus d'accès.	53 cm. 3850 grs.

No	DATE N° du registre.	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUT A L'ENTRÉE
73	X-06 4301-63.	H. 38 ans entrée 7-X sortie 15-X.	VII pare 6 premières grossesses et ac- couchements normaux, 7 ^e gros- sesse 1899; dep : le 2 ^e — 3 ^e mois crampes diag- nostiquées, éclamptiques, délivr. au début du 10 ^e mois, par dilatation vers. et extraction, enfant vit. Actuellement dep. mois de mai crampes 2-4 fois par jour, aura, pas d'œdèmes, pas d'albumine.		à son entrée : 1 ac- cès, sur la chaise d'opération 2 ac- cès (de 1-2 min.).	col perméa- ble, 2 doigts, de 2-3 cen- timètres, tête mobil-
74	X-06 4327-72.	A. 24 ans entrée 8-X sortie 29-X.	I pare.	pas de prodrômes spéciaux. — 8-X au soir vomissements.	9-X, 4 ^o 45' accès, 17 ^o 00 alb.	
75	X-06 4567-114.	K. 28 ans entrée 19-X sortie 31-X.	I pare.	en traitement pour néphrite.	à la maison, 2 accès éclamptiques.	orifice ext. perméable doigt.
76	XI-06 6178-119.	S. 24 ans entrée 19-XI sortie 23-XI.	III pare.	16-XI, maux d'esto- mac, céphalalgies, intenses, hématé- nèse.	nuit du 16-17, 6 ac- cès éclamptiques. 17-XI, 13 ^o 30', 1 ac- cès éclamptique.	orifice ext. dilaté co- mme une pièce marks.
77	XII-06 5775-99.	K. 24 ans entrée 16-XII sortie 23-XII.	I pare.	durant les dernières semaines, insom- nies, nausées.	16-XII, avant 8 ^o , 3 accès, forte teneur en albumine. 8 ^o 15' 1 accès.	
78	XII-06 5781-102.	H. 27 ans entrée 16-XII sortie 26-XII.	I pare.	depuis le 5 ^e mois, œdèmes des doigts et de la figure; de- puis quelques se- maines des jambes.	17-XII, 11 ^o accès, 12 ^o 15', accès.	
79	XII-06 5900-147.	G. 23 ans entrée 23-XII sortie 4-I.	I pare.	depuis le 4 ^e mois, œdèmes.	à la maison, 4-5 ac- cès, après son en- trée, accès.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
si en 35' jusque centimètres, ver- on-extraction; hé- orragie par décol- ment partiel du acenta; extraction manuelle.	plus d'accès.	47 cm. 2540 grs.
5 ^e spontanée.	9-X, 5 ^e 10' 1 accès; 13 ^e 35' 1 accès; 15 ^e 45' 1 accès (2 1/2 ‰ alb.); 18 ^e 25' 1 accès; 19 ^e 35' 1 accès; 20 ^e 50' 1 accès; au 5 ^e et 6 ^e jour élévation de t ₀ de 38°.	vivant 49 cm. 3200 grs.
X, 2 ^e , introduction i mètreuryntre; 30', le mètreuryntre asse (à 7 ^e on y avait is poids de 2 kgr.); rsion et extraction, isiotomie.	plus d'accès.	vivant 47 cm. 2140 grs.
, dilatation avec Bossi jusqu'au delà la paume de main 15'; pendant ce mps rupture de la che des eaux; for- ps, légère atonie.	4 ^e jour, élévation de t ₀ de 39°; 5 ^e » » » 39°4; 6 ^e » Pouls 150, t ₀ de 39°4; 23-XI, 3 ^e , †. Autopsie : Hémorragies éclamptiques dans le foie, nombreux infarcts, hémorragies sous endo-cardiales dans le ventricule gauche, hémorragie dans la muqueuse duodénale, bronchite purulente.	vivant 43 cm. 1920 grs.
II, 8 ^e 30', dilatation col avec le Bossi; rsion et extraction; onie, tamponne- ent utérin, alb. 5 ‰.	16-XII, 16 ^e 30', alb. 1/2 ‰; sortie : col normal et fermé.	vivant 46 cm. 2430 grs.
II, 13 ^e , délivrance r forceps.	16-XII, encore 5 accès jusqu'à 20°; rétablissement.	50 cm..
II, col dilaté avec Bossi jusqu'à la ume de main, haut- ceps, épisiotomie.	plus d'accès; rétablissement; sortie : col fermé.	51,5 cm. 3720 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATU A L'ENT.
80	XII-06 5938-163.	B. 22 ans entrée 26-XII sortie 4-I.	I pare.	œdèmes.		
81	XII-06 5927-158.	S. 28 ans entrée 26-XII sortie 5-I-07.	I pare.	œdèmes.	26-XII, à la maison 3 accès.	
82	XII-06 5943-165.	N. 19 ans entrée 26-XII sortie 5-I-07.	I pare.	œdèmes.	après son entrée, 26-XII, 20 ^o 50' ac- cès éclamptiques, 21 ^o 5' accès.	orifice ex- dilaté c une piè 2 marks.
83	I-07 6301-70.	S. 17 ans entrée 11-I-07 sortie 19-I-07.	I pare.		10-I., 22 ^o 1 ^r accès, depuis 1 ^o accès es- pacés de 15' à 30'. 11-I., 1 accès à la station.	col effacé, externe
84	I-07 101.	B., 23 ans entrée 15-I sortie 1-II.	I pare.	pas de prodrômes.		
85	I-07 6701-204.	L., 18 ans entrée 21-I sortie 7-II.	I pare.	20-I douleurs dans les reins.	20-I, 23 ^o 45', 1 accès, perte de consc., 6 accès consécut.	
86	II-07 195.	G., 38 ans entrée 23-II sortie 3-III transférée(?).	I pare.		6 accès éclamp- tiques.	délivrée.
87	III-07 6666-137.	S., 27 ans entrée 16-III sortie 29-III.	I pare.	dans les derniers temps, céphalal- gies, œdèmes.	à l'entrée, 1 accès, préparat. à l'opé- ration, 1 accès.	col effacé, externe une pet. de main

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
XII, 17° 30', un enfant spontané, 2 ^d enfant, aussitôt après la naissance accès éclampt. 10', expulsion du placenta, 2 ^d accès.	26-XII, accès suivent à 19° 45', 21°, 21° 40', 22° 45, 23° 30'. 27-XII, encore 6 accès.	43 et 45 cm. 1770 et 1870 grs.
XII, 10°, entrée; forceps au détroit inférieur, épisiotomie, hémorragie abond., tamponnement utérin.	au 5 ^e jour, une élévation de t° de 38°; rétablissement.	52,5 cm. 3830 grs.
XII, dilatation avec le Bossi en une demi-heure jusqu'à la paume de main; on rompt la poche, version-extraction, hémorragie hors d'une déchirure de la paroi postérieure du col, suture, tamponnement utérin.	27-XII, 5° 20', encore 1 accès. 5 ^e jour, une élévation de 38°; rétablissement.	vivant 53 cm. 3560 grs.
-I, 3° 50', extraction du fœtus, en présentation du siège, extraction par les pieds.	11-I, 9°, encore 1 accès, 11°, alb. 1 ‰; 11° 15', encore 1 accès, 17° 30', alb. 1/4 ‰. 14-I, alb. 0.	vivant 46 cm. 2830 grs.
-I, 6° 35' normale 30' accès éclamptique; aussitôt extraction du 2 ^d enfant, rupture de la poche des eaux, version, extraction.	plus d'accès, du 5 ^e au 9 ^e jour t°, entre 37° 9 et 38° 5, Stase de sécrétion dans la matrice.	45 et 45 1/2 cm. 2020 et 2160 grs.
-I, forceps, déchirure vagino-périnéenne, 1 ^{re} alb. 2 ‰.	la malade reste 2 jours et demi à l'état d'inconscience. plus d'accès.	51 cm. 3500 grs.
par forceps au dehors.	23-II, 10° 30' entrée à la clinique 12 ‰ alb. plus d'accès.	
5-III, 3° 45' version extraction.	16-III, 15° 30' accès, alb. 30 ‰. 17-III, alb. 1 ‰.	vivant 46 cm. 2400 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUT A L'ENTRÉE
88	V-07 968-82.	S., 24 ans entrée 10-V sortie 20-V.	I pare.	œdèm. prononcés. La nuit précéd. douleurs dans le dos, éblouissém., pesanteur sur le front, inconsc. re- lative. Cet état dure 10; pas d'ac- cès.	10-V, 6° 45', 1 ac- cès éclamptique.	12°, ouverture la grand. d pièce de 5 col effacé.
89	V-07 2221-164.	J., 23 ans entrée 20-V sortie 1-VI.	I pare.	pas de prodrômes.	20-V, 70. accès, jus- qu'à l'entrée 4 ac- cès, 4 0/00 alb., pendant la prépa- ration 1 accès.	col effacé, or comme un tite paum main, pos transversa
90	V-07 1204-190.	B., 33 ans entrée 23-V † 24-V.	II pare 1er accouche- ment normal.	depuis quelq. jours, céphalalg., œdè- mes.	23-V, 9°, 1er accès, jusqu'à 11° 35', toutes les 5 minu- tes 1 accès, trem- blem. des mains, pas de la figure, depuis quelques heures incons- cience.	23-V, col eff orifice d comme pièce de 5.
91	V-07 1427-239.	L., 22 ans entrée 29-V † 1-VI.	I pare.	depuis deux jours, œdèmes; depuis 1 jour, céphalal- gies.	29-V, 2°, 1er accès; pendant la prépa- ration 1 accès.	col effacé, or perméable doigts.
92	VI-07 1889-134.	D., 20 ans entrée 18-VI sortie 30-VI.	I pare.	pas de prodrômes.	18-VI, accès à 50, 50° 35', 60° 10', 60° 55', 100° 35', 110° 45', to 36° 5.	col effacé, or externe cor une pièce marks, po des eaux m tenue, to 36
93	VII-07.	H., 30 ans entrée 18-VII sortie 27-VII.	II pare avortement au 4 ^e mois.	depuis le dernier mois œdème de tout le corps, pas d'alb., 1500 grs d'urine par jour; douleurs d'esto- mac, vomissem., céphalalgies, par- fois troubles de la vue. Pouls 44-48. 18-VII, œdèmes prononcés, fortes céphalalgies.	18-VII, 15° 30', ac- cès, 18° 30' accès; 18° 45', entrée : accès.	19°, col eff orif, permé à 2 doigts.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
dilatation avec le ssi jusqu'à une pe- paume de main; sion et extraction; ntest grand; déchir- e vaginale et péri- nne. 12° 30' naîs- ce de l'enfant.	le 11-V, l'amaurose a complètement disparu. Sortie : pas de déchirures du col.	55 cm. 3270 grs.
, version et extrac- ; déchirure du col auche; tamponne- nt de l'utérus; rup- périnéenne de 11°.	le 7 ^e jour une élévation de t° de 38°. plus d'accès.	52 cm. 3270 grs.
, Bossi, rupture ar- cielle de la poche; sion, extraction. 30' naissance d'un ant † depuis quel- s temps	24-V, t° 40° 3, profond coma persiste et la mort arrive à 2° 30'. Autopsie : Hémorragies cérébrales, dégénérescence paren- chymateuse des reins, hémorragies dans le foie, péritoine et vessie.	53 cm. 3800 grs.
rupture artificielle la poche, version abinée, extraction r, légère déchirure vicale, forte mor- e de la langue. ' naissance de l'en- t.	29-V, 8 accès, massage des reins. la poche, version 30-V, t° 39° 2 accès à 6°; 7° 30'; 8° 50'; 10° 7'; 11° 18'; 21° 50'. abinée, extraction 31-V, chute à 36° 9. r-VI, † la respiration artificielle et le massage avaient été prati- qués toutes les 30' depuis le début de l'éclampsie jusqu'à la fin.	† 44 cm. 1750 grs.
I, Bossi en romin., latation complète; rsion et extraction.	18-VI, accès à 20° 30', alb. 2 0/00, accès à 22° 45'. accès à 23°. 19-VI, alb. 1/2 0/00. 21-VI, alb. 0. Sortie : tout est normal.	45 cm. 2325 grs.
II 19° on combinée. Ex- ction difficile par dité des parties. airure superficielle col et du vagin. Dé- rure périnéenne.	le 4 ^e et le 6 ^e jour, 4° de 38° et 38° 2. 20-VII, alb. 2 0/00. 21-VII, alb. 0,6 0/00. 22-VII, alb. 0,5 0/00. 23-VII, alb. 0,4 0/00. 26-VII, alb. 0.	50 cm. 2550 grs. † le 19.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATU A L'ENTRÉE
94	XII-07 5959-200.	B., 19 ans entrée 24-XII † 6-I-08.	I pare.	pas de prodrômes.	25-XII, acc. à 4° 50'.	alb. 12 0/0 effacé, 0 externe grande pièce d'
95	VII-07 149.	D., 26 ans entrée 18-VII transfér. 29-VII à la clinique nerveuse.	I pare.	depuis 8 jours, œdèmes des pieds, douleurs dans les jambes. 19-20-VII, 24 0/00, alb. 1000 cc. urine 20-VII, 1300 cc. ur., 9 0/00 alb. 21-22-VII, 1900cc. ur., alb. 3 1/2 0/00.	22-VII, à 21° 45' accès, 21° 55' accès.	col en par facé, 0 perméab doigt.
96	VII-07 180.	S., 31 ans entrée 26-VII sortie 4-VIII.	I pare.	prem. 4 mois, forts vomissements, 2-3 derniers mois, œdèmes des pieds le 26, œdème de la figure, vomissements troubles de la vue.	26-VII, 12° 45', accès, 6 accès avant l'entrée à la clinique.	17°, col e orifice c une pet. p de main.
97	VIII-07.	D., 18 ans entrée 12-VIII † 14-VIII.	I pare.	œdèmes, céphalalgies.	6 accès.	
98	VIII-07. 3298-178.	entrée 21-VIII sortie 3-IX.	I pare(?).	œdème, vomissements marqués. 20-VIII, céphalalgies intenses.	21-VIII, depuis 8° jusqu'à l'entrée 7 accès éclampt.	col mainte orifice fer
99	IX-07 3558-27.	F., 22 ans entrée 4-IX-07 sortie 18-IX-07.	I pare.	depuis 2 semaines œdèmes, pas d'éblouissements, pas de prodrômes marqués.	4-IX, de 5° 45' à 8° 45', 4 accès.	entr : col e orifice ext de la gran d'une pau main, alb.
100	IX-07 3594-40.	S. entrée 7-IX sortie 24-IX.	I pare.	au début. vomissements et maux de reins, depuis le 2 ^e mois œdèmes des pieds et des mains; dep. hier soir céphalalgies et éblouissements.	7-IX, 7°, 11 accès; 8° 30', accès; 8° 45', accès.	orifice ext perméab 2 doigts.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
I, 5 ^o 40' métreu- tête fixée, le gon- ent du ballon la age; accès à 6 ^o 50'; 5'; 9 ^o 25'. naissance sponta- d décollement ma- l du placenta. , accès.	25-XII, au soir, alb. 6 ‰. 26-XII, pas d'accès, alb. 3/4 ‰. 27-XII, accès à 6 ^o , 14 ^o , 18 ^o 45', 23 ^o 45', alb. 1/4 ‰. 28-XII, accès à 8 ^o , 10 ^o , 15 ^o , 15 ^o 30', 18 ^o 30', 21 ^o 15'. 29-XII, 8 ^o accès, alb. 0,2 ‰. 31-XII, 9 ^o alb. 2 ‰. 6-I, collaps. Pouls très rapide. † à 12 ^o , avec les signes d'embolie. accès.	† 45 cm. 3050 grs.
I en 15 minutes le on peut être tiré. sion extraction; chirure du col à ite.	le 23-VII, à 6 ^o , après une nuit tranquille accès de céphalalgie et d'inconscience relative. 5 accès éclamptiques, 6 ‰, alb. 1050 cc. urine. le 24-VII, 2 accès, 1450 cc. urine, 9 ‰ alb., chloral, morphine, 1500 cc. eau physiologique. A partir de 1 ^o administration de caféine. le 25-VII, 10 39 ^o 4, 1850 cc. urine, 3 ‰. 2 accès. le 26-VII, 10 38 ^o 5, 1400 cc. urine 4 ‰ alb. le 27-VII, 10 38 ^o 9, 5 ‰ alb. au soir : forte excitation, puis début de psychose. le 28-VII, 3 1/4 ‰ alb. psychose.	48 cm. 2830 grs.
II, 17 ^o version raction, déchirure néenne II ^o .	plus d'accès, seulement forte excitation qui dure 1 jour. le 27, alb. 3 ‰.	50 cm. 3150 grs.
forceps (au dehors) enfant, version et raction d'un 2 ^d fant.	morphine, jusqu'à son entrée à la charité encore 8 accès. 13-VIII, 7 ‰ alb., 2000 grs urine; à la clinique, encore 1 accès. Pouls 160, 1 ^o 39 ^o . 14-XIII, malgré le camphre, le pouls devient toujours plus mauvais, 4 ^o †.	
II, Bossi, version, raction, perfora- n de la tête à cause danger de déchir- e cervicale.	4 accès, 1 seringue de scopolamine, 22-VIII, 6 accès, alb. 12 ‰.	30 cm. 1000 grs.
forceps du milieu plus d'accès. bassin, déchirure ite longitudinale la paroi vaginale, chirure périnéenne perficielle, tam- nement utérin; , naiss. de l'enf.	5-IX, alb. 1/2 ‰. le 6 ^e jour 1 ^o 39 ^o 2, puis chute; la déchirure périnéenne n'a pas guéri par première intention.	50 cm. 3150 grs.
mètreuryse avec ction, version ex- ction, rupture pé- éenne II ^o , suture, phine, chloral, 4 ^e accès; 10 ^o 35', ssance de l'enf.	chloral, morphine. 5 ^e jour, 1 ^o de 39 ^o 2. 6 ^e jour, 1 ^o de 40 ^o 2. 7 ^e jour, 1 ^o de 40 ^o 4 puis chute progressive. 9-IX, 16 ^o , 2 ‰ alb.. 11-09, 14 ‰ alb.. 13-IX, 1 ^o 40 ^o 1, riche flore bactérienne dans les sécrétions utérines, streptococques dans l'urine. 14-IX, 1 ^o 40 ^o 4. Pouls 132.	54 cm. 4000 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUT À L'ENTRÉE
101	IX-07 3780-112.	W., 22 ans entrée 16-IX sortie 27-IX.	I pare.	pas de symptômes prodrômiques.	16-IX, 1 ^o 20', accès typique, trace d'alb. 3 ^o 20', 2 ^d accès.	1 ^o 20', col orifice ex- terne com- me u pièce de 3 poche ro- consc. ma- nue; 3 ^o 20' au détroit
102	X-07 4525-141.	S., 26 ans entrée 21-X sortie 1-XI.	I pare.	pas de prodrômes.	23-X, 5 ^o 10', 1 accès alb. 3/4 0/00, 5 min. plus tard 2 ^e acc.	orifice exte- rieur complètem- ment dilaté, têt- milieu du bassin.
103	X-07 150.	B., 20 ans entrée 24-X sortie 5-XI.	I pare.	nuit du 23-24, œdè- mes, céphalalgies intenses et vomis- sements.	24-X, 3 ^o , accès; mor- sure de la langue, perte de con- science, rétablis- sement passager; 15 ^o 55', 2 ^d accès.	orifice exte- rieur com- me u pièce de 5 douleurs.
104	X-07 4695-184.	B., 22 ans entrée 29-X sortie 8-XI.	I pare.	21-X, œdèmes des jambes; 28-X, céphalalgies; 29-X, vomissements, alb. 4 0/00.	29-X, 13 ^o 45', accès, 14 ^o accès; entrée: 15 ^o 26', accès.	col mainte- nu, orifice exte- rieur fermé.
105	XI-07 11.	R., 20 ans, entrée 2-XI † le 3-XI.	I pare.	28-XI, la malade re- marque un œdème des pieds.	2-XI, accès.	
106	XI-07 88.	S., 26 ans entrée 13-XI sortie 23-XI.	III pare.	œdème dep. 8 jours, difficulté d'uriner, depuis quelques jours céphalalg., dernière nuit vo- missements.	13-XI, 11 ^o , 1 ^r accès, 13 ^o , 2 ^e » 15 ^o , 3 ^e »	17 ^o , entrée: fermé, per- meable à 1 do
107	XI-07 5018-96.	B., 34 ans entrée 13 XI sortie 21-XI.	I pare.	jusqu'il y a 6 sem., vomissements, ver- tiges, céphalalg., depuis 6 semaines œdèmes des jam- bes, depuis 8 jours de la figure, dep. 3 jours par accès céphal.; éblouis- sements, incon- science relative et trouble de la vue.		13-XI, col m- tenu, orifice terne fermé

ÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
forceps au dé- inférieur, légère orrhagie, tampon- ent utérin.	1 ^{er} et 4 ^e jour, une élévation de t° de 38°5; plus d'accès.	45 cm. 2500 grs.
épisiotomie, for- du milieu du bassin, forte orrhagie, tampon- ent utér. P. 160.	2 ^e jour, t° 38°5; eau physiologique, camphre, caféine, digalène.	51 cm. 3670 grs.
lossi et forceps, re déchirure cor- le.	25-X, 0° 10', accès, chloral, morphine, eau physiologique. 2° 25', accès léger; plus d'accès; alb. 1/3 ‰; 4 ^e jour une t° de 38°8; 8 ^e jour une t° de 38°5.	48 cm. 2400 grs.
dilatation par le i jusqu'au delà e paume de 31-X, 1/2 ‰; évolution apyrétique. n, version, ex- ion du 1 ^{er} enf., ion et extraction d'enfant, déchi- cervic. à droite gauche, déchi- périnéenne su- cielle.	29-X, 17° 15' accès. 30-X, alb. 1 ‰. Sortie : col perméable à un doigt.	49 et 49 cm. 2750 et 2950 grs.
orceps.	2-XI, encore 7 accès (les accès ont une durée de 5-7 jusque 10 et 13 minutes). 2-XI, trace d'albumine. 24° 45' † avec les symptômes d'œdème pulmonaire, t° 39°6, Pouls 125.	50 cm. 3520 grs.
17°, météuryse, o', expulsion du n, naissance du s macéré.	14-XI, vers 10°, accès; vers 19°, dernier accès, alb. 10 ‰. 15-XI, 8 ‰ alb.. 3 ^e jour, élévation de t° de 39°, suivie aussitôt de chute.	† 44 cm. 1608 grs.
°, introduction d'un de Barnes; après 7°, s minimes. °, 3 ‰ alb. vagin ne s'est pas dilaté; les céphalal- diminué, le pouvoir est presque aboli. r°, écoulement du amniotique avec du um; le col est dilaté une petite paume de es douleurs devien- us rares, toutes les minutes, vers le soir, s fortes. Pouls 132, ience relative, for- a détroit inférieur, périnéenne II°. ° 30', enfant naît. /‰.	15-XI, alb. 10 ‰. 9-XII, amélioration du pouvoir visuel; du 26-XI au 5-XII, t° de 40°5, 40°4, 39°, 39°2, 39°7; rupture périnéenne n'a pas guéri. 28-XI, on constate un exsudat derrière l'utérus.	† après 2°, asphy- tique.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUT A L'ENTRÉE
108	XI-07 2544-150.	M., 20 ans entrée 21-XI sortie 5-XII.	I pare.	manque complet de prodrômes.	22-XI, 21°, en 25 min. 3 accès; 22° 50', 4° accès.	orifice é comme i de 5 Mk leurs fort au détr rieur; 2 orifice p paume d diagonal 17; bas tréci.
109	XI-07 5007-162.	G., entrée 12-XI sortie 4-XII.	I pare.		12-XI, 11° 30', accès.	délivrée.
110	XII-07 5472-29.	S., 23 ans entrée 3-XII sortie 12-XII.	I pare.	pas de prodrômes.	nuit du 2-3, durant l'accouchement, entre 24° et 29°, se succèdent 3 accès éclampsiques.	
111	XII-07 5750-113.	P., 25 ans entrée 14-XII sortie 28-XII.	II pare 1902, accou- chem. norm.	durant tout la gros- sesse céphalalgies, dans les derniers temps accentuées, depuis 3 semaines œdèmes des pieds et des mains.	13-XII, nuit, vomis- sements, syncopes, accès qui se ré- pètent toutes les 30 minutes; jus- qu'à l'entrée 8 acc 6° 30', 1 accès.	
112	XII-07 5794-133.	F., 24 ans entrée 16-XII † 18-XII.	I pare.	pas de prodrômes.	15-XII, 2 accès éclampsiques.	
113	XII-07 5815-140.	K., 28 ans entrée 17-XII † 17-XII.	I pare.	pas de prodrômes.	16-XII, 21°, 1 accès, plusieurs accès suivent.	col perm 2 doigt

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
XI, perforat., quelques petites déchirures superficielles.	plus d'accès, conscience parfaite.	† 50 cm. 3750 grs.
XI, 14° 30', par forceps au dehors.	2 accès, perte de conscience, vomissements; accès à 22° 25'. 13-XI, alb. 7 ‰. 14-XI, alb. 1 ‰.	
II, forceps au détroit inférieur.	plus d'accès.	45 cm. 2530 grs.
XII, 6° 30', mètreuryse; 10° 45', alb. 8 ‰; 15°, le balon est expulsé; 15° 0', expulsion du fœtus, †.	17° 30', alb. 10 ‰. 16-XII, 16°, alb. 6 ‰.	† 39 cm. 1320 grs.
XII, délivrance par forceps en ville.	nuît du 15-16, 3 accès, coma profond. 16-XII, 12°, 3 accès, pouls disparu, massage du cœur, eau physiologique; 23° 25', respiration artificielle, digalène 0,006 gr. par voie intra-veineuse, urine de 24°, 575 cc.. 17-XII, 17°, coma profond, anurie complète, 1° au-delà de 38°, pouls petit 168, respiration 40, décapsulation des reins des 2 côtés, drainage, durée de l'opération 40 minutes sans narcose, une tension particulièrement forte de la capsule rénale ne peut être constatée; 20°, 100 cc. urine, eau physiologique. 13° 30'. une certaine réaction se manifeste, urine 2 1/4 ‰ alb., 16°, 1° 41'; 19° 30', exitus, paralysie cardiaque. Autopsie: Dégénérescence graisseuse et parenchymateuse du foie avec de légères hémorragies, thrombose de l'artère rénale gauche, infarct hémorragique presque complet du rein gauche, dégénérescence parenchymateuse du rein droit, œdème pulmonaire, trachéo-bronchite.	
XII.	0° 30', eau physiologique, digalène, inégalité des pupilles, 1°, mètreuryse, légère hémorragie, 2° 45', respiration bruyante, Pouls 100, 3°, respiration tout à coup très lente (8 respirations par minute), 3° 15', la figure devient cyanotique, respiration cesse, respiration artificielle; les pupilles se dilatent au maximum, la cornée se trouble, le cœur bat encore, camphre; 3° 30', †. Autopsie: Grandes hémorragies et ramollissement dans les 2 lobes occipitaux, hémorragie hors de la pie-mère, leptoméningite, hémorragie sub-pleurale, sub-épi et endocardiale, sous-capsulaire dans le foie, les reins et les ovaires, sous séreuses dans l'intestin.	

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
114	XII-17 244.	P., 20 ans entrée 31-XII sortie 11-I.	I pare.	dans les derniers temps céphalal- gies, le 31-XII, 2 ^o , très intenses, puis amaurose.	3-XII, 4 ^o , 1 ^{er} accès, encore 2 accès, œdèmes des mains et de la figure; 6 ^o 45', entrée: violent accès.	col dilaté, orifice externe perméa- ble à 2 doigts.
115	I-08 6209-48.	Z., 23 ans entrée 5-I-08 sortie 7 I-08.	I pare.	pas de prodrômes; derniers jours lé- gers maux de tête, alb. +.	5-I, 3 ^o 45' 1 ^{er} accès, 1 ^o plustard, 2 ^e acc.	5 ^o , col effacé, orifice externe comme 1 pièce de 3 Marks.
116	I-08 6116-137.	H., 35 ans entrée 16-I sortie 15-III.	VIII pare 1 ^{er} accouchement 1894. également éclampsie, l'en- fant vit en bonne santé, ultérieu- rement pas d'é- clampsie, tous les enfants na- quirent vivants.	depuis 2 mois, œdè- mes des pieds 16-I, céphalalgies, papillotage.	16-I, 9 ^o 45', 1 ^{er} accès au cours de l'ac- couchement; 17 ^o 45', 2 ^d accès, jusqu'à son entrée encore 3 accès, après le dernier, coma.	délivrée.
117	I-08 6799-144.	R., 19 ans entrée 16-I sortie 3-II.	I pare.	depuis 2 mois, œdè- mes des pieds, dans les derniers temps parfois vo- missements et quelques céphal., 15-I, céphalalgies intenses. 16-I, 4 ^o 30', vomisse- ments.	16-I, 5 acc., chloral, morphine; 15 ^o , accès, alb. 8 ‰.	col effacé, orifice externe perméa- ble à 1 doigt.
118	II-08 7106-70.	B., 21 ans entrée 9-II-08 sortie 31-III-08.	I pare.	dep. quelques jours œdèmes des jam- bes; av. l'accou- chement, cépha- lalgies.	1 ^{er} accès entre nais- sance et arrière- faix.	délivrée.
119	II-08 7141-88.	Z., 26 ans entrée 10-II sortie 23-II.	I pare.	vomissements fré- quents dans les derniers temps, céphalalgies ré- duites.	10-II, 17 ^o , accès éclamptique, en tout 10 accès, morphine.	alb. 20 ‰, col effacé, orifice externe comme une pièce d'un Mark.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
-XII, 6 ^o 45', version combinée, extraction, déchirure superfic. du col, perforation.	3-XII, 7 ^o , encore 1 accès.	† 46 cm. 2300 grs.
0-I, 5 ^o , version et extraction. Extraction difficile de la tête, perforation.	plus d'accès; le 7 ^e jour, une t ^o de 38 ^o .	49 cm. 2349 grs. †
6-I, 5 ^o 45'.	16-I, 23 ^o , accès éclamptique de 5 minutes, coma profond; le 11 ^e jour, t ^o 41 ^o 5. Du 10 ^e -43 ^e jour, 4 élévations de t ^o dépassant 4 ^o ; sécrétions utérines renferment des diplococcques, phénomènes de cystite, de bronchite.	
7-I, 6 ^o , alb. 7 ‰. Près que l'accouchement est resté stationnaire durant 24 ^o , et que la sécrétion urinaire a fortement baissé. Mètreuryse 13 ^o 45', expulsion du ballon, naissance de l'enfant.	plus d'accès.	47 cm. 2770 grs.
II, 6 ^o .	2 ^d accès, 30' après le 1 ^{er} ; 3 ^e accès, 30' plus tard; 4 ^e accès, 50 cm. 30' plus tard; 5 ^e accès durant le transport. après le transport de 13 ^o 20' à 22 ^o , 8 accès, (soir) alb. 12 ‰, 10 ^o 30', urine, 500 cc.; à son entrée, chloral, diurétine, eau physiologique, ergotine; 13 ^o 30', morphine; toutes les heures camphre; 16 ^o 40', 1000 cc. solution physiologique; 16 ^o , urine 200 cc.; 17 ^o 20', digalène par voie intra-veineuse; 18 ^o 50', diurétine; 22 ^o , chloral, morphine, 2 seringues de digalène par voie intra-veineuse. 11-II, alb. 2 1/2 ‰; 4-III, 1/2 ‰; 2 ^d jour, élévations de t ^o de 39 ^o 5; 10 ^e jour, 38 ^o ; ulcères décubitaux.	
0-II, entrée: mètreuryse; après 1 ^o , accès, expulsion du ballon, orifice externe complètement dilaté, 2 ^d accès, forceps au détroit inférieur. 1-II, 1 ^o , naissance.	plus d'accès.	48 cm. 2600 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE	STATUS A L'ENTRÉE
120	II-08 7288-149.	F., 25 ans entrée 17-II sortie 27-II.	I pare.		au dehors 9 accès. morphine. 17-II, 10, entré, plus d'accès; incon- science relative.	17-II, 11° 30', col effacé, orifice externe au-delà de 5 Marks.
121	III-08 25.	W., 33 ans entrée 3-III † 4-III.	I pare.	céphalalg., œdèmes, dep. 3 semaines; forte teneur en al- bumine. 4-III, céphalalgies violentes.	4-III, 2° 30', accès, rétablissement complet de respi- ration, pouls, con- science; chloral, morphine; 7°, 2° acc.; 8° 30', 3° acc.	
122	III-08 7790-72.	N., 20 ans entrée 9-III sortie 18-III.	I pare.	derniers 15 jours œdèmes des jam- bes, céphalalgies.	9-III, 11°, accès, 11° 22', accès, alb. 6‰, eau physio- logique, chloral, morphine.	alb. +, orifice externe, perméable à 1 doigt.
123	III-08 7751-99.	N., 16 ans entrée 13-III sortie 22-III.	I pare.	dep. 1 mois cépha- lalgies, éblouisse- ments, vomisse- ments.	12-III, 3° 15', 1° acc., 3° 30', 2° accès, 3° 45', 3° acc.	alb. +, col ef- facé, orifice ex- terne comme une pièce de 5 Marks.
124	III-08 8022-156.	W., 24 ans entrée 19-III sortie 26-IV-08	I pare.	céphalalgies et vo- missements violents, au début œdèmes.	19-III, environ 30° accès, pendant le transport encore 4 accès, pendant la préparation 2 accès.	col point entière- ment effacé, ori- fice perméable à 1 doigt.
125	III-08 8241-242.	K., 27 ans entrée 28-III sortie 21-IV.	I pare.	pas de prodrômes.	28-III, 6° 30', 1° acc., le médecin donne de la morphine; après 15', 2° accès.	alb. +, col effacé, orifice externe comme une petite paume de main.
126	III-08 8281-265.	K., 24 ans entrée 31-III sortie 13-IV.	I pare.	dep. 10 jours œdème des jambes et de la figure, céphalal- gies intenses.	31-III, à partir de 5° 30', les accès se suivent, 16-17 jus- qu'au soir.	à son entr., coma, alb. +, t° 38, col dilaté, orifice externe, per- méable à un doigt.
127	IV-08 138-55.	H., 18 ans entrée 7-IV sortie 16-IV.	I pare.	dans les dern. temps œdèmes des jam- bes; le jour même céphalalgies in- tenses, cécité com- plète.	6-IV, 18° 15', 1° accès.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
dilatation avec le Bossi jusqu'à la pet. paume de main, à la suite de celà rupture de la poche, version-extraction lente enfant asphyctique estranimé, déchirures cervicale et périnéenne superficielles.	après la délivrance 1000 cc. eau physiologique, plus d'accès; Sortie: col perméable à 1 doigt.	47 cm. 3050 grs.
II, 8° 30', mètreuryse.	13° 45', tout à coup 4° accès, et † sans être délivrée. Autopsie: faible dégénérescence parenchymateuse des reins, hémorragies et nécroses dans le foie, trachéo-bronchite.	
II, dilatation du col jusque 3 doigts, version combinée, extraction lente, perforation de la tête.	plus d'accès; 2 ^d jour, 1° 38° 5', puis évolution apyrétique.	8° mois †.
-III, version combinée, extraction, déchirures vaginale et périnéenne superficielles.	13-III, 18° 60', dernier accès.	50 cm. 3050 grs. paralysie passagère du bras gauche.
-III, dilatation digitale jusque 3 doigts, version combinée, extraction lente.	plus d'accès; 21-III, trace d'albumine.	45 cm. 2200 grs.
-III, essai de délivrance par forceps, au détroit supérieur réussit.	plus d'accès; 29-III, alb. 9 ‰; 30-III, alb. trace.	48 cm. 3200 grs.
III, en narcose dilatation digitale de l'orifice externe, version combinée, extraction lente, col intact; naissance, 11°.	évolution apyrétique; 12° 20', encore 1 accès, puis plus.	† 32 cm.
V, après son entrée, mètreuryse; 2° 20', accès de 5 min., deux autres accès suivent, ballon est expulsé; forceps au détroit inférieur, enfant asphyct. est ranimé; déchir. superficielle au périné.	évolution apyrétique; 9-IV, pouvoir visuel normal.	49 cm. 3200 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
128	IV-08 288-102.	W., 25 ans entrée 13-IV sortie 22-IV.	I pare.	dep. 8 jours œdèmes.	13-IV, 8°, 1 ^{er} accès; 14° 10', pendant le transport 7 ^e acc.	alb. 4 ‰, entré 14° 30'
129	IV-08 324-130.	Z., 23 ans entrée 15-IV sortie 30-IV.	I pare.		15-IV, 8° 30', trouvée sans connaissance, 1 accès durant le transport.	col maintenu, partie permé- ble à 1 doigt.
130	IV-08 45-139.	M., 38 ans entrée 16-IV † 23-IV.	I pare.	depuis 2 semaines douleurs dans les reins, cette nuit céphalalgies, nau- sées.	15-IV, alb. 11 ‰, 6 accès, 16-IV, 8°, accès.	entr.: alb. 20 ‰ fond utérin u peu au-dessus du nombril.
131	IV-08 456-173.	D., 26 ans entrée 19-IV sortie 27-IV, transférée à la clin. nerveuse.	I pare.	depuis 3 semaines œdème des pieds, depuis 5-6 jours plus accentué. 19-V, 11° 30', cé- cité, perte de con- science passagère, céphalalgies.		alb. - -18° 30' orifice externe perméable à u doigt.
132	IV-08 595-241.	B., 24 ans entrée le 21-IV, transférée à la clin. nerveuse, le 2-V.	I pare.	néphrite, œdèmes, céphalalgies, 26-IV, cécité subite.	26-IV, 9° 50', alb. 10° 25'. 1/2 ‰.	
133	IV-08 621-254.	R., 29 ans entrée 27-IV sortie 28-V.	I pare.	au début, nausées, vomissements, depuis 2 semaines œdèmes; dep. au- jourd'hui éblouis- sements; dep. 9°, inconscience rela- tive.	27-IV, 15° 30', 1 ^{er} acc., chloral, morph.	
134	V-08 1348-214.	B., 18 ans entrée 26-V sortie 9-VI.	I pare.	éblouissements sui- vis d'accès au dehors.		profonde mo- sure de la la- gue, col effacé, orifice exteri- perméable à doigt.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
-IV, 14° 30', spon- tanée; forte hémor- ragie atonique, irri- gation froide.	14° 45', aussitôt après la naissance 8 ^e accès, puis plus. 14-IV, 1/2 ‰ alb.; évolution apyrétique.	40 cm. 2650 grs.
-IV, 11°, dilatation avec Hegar jusqu'au n° 22. Mètreuryse, 20° 30', expulsion du ballon, prolaps du cordon ombilical, es- sai de reposition ne réussit point, version impossible, perfora- tion.	plus d'accès; 15-IV, alb. 4 ‰; 17-IV, alb. 1/2 ‰; 19-IV, éléva- tion de t° passagère; sécrétions utérines renferment des strepto- cocques et des staphylococques.	† 48 cm. 2750 grs.
-VI, 11°, mètreuryse; 16-IV, 21° 30', le bal- lon est expulsé, alb. 1/2 ‰, accouchement spontané.	plus d'accès; 17-IV, alb. 1 ‰, 7 ^e et 9 ^e jours accès, pouls 130. 18-IV, pouls 145; 19-IV, pouls 150, t° 37°5. 22-IV, t° 39°5, pouls 120, † de pneumonie.	fruit du 5 ^e mois.
-IV, 18° 30', mètreu- ryse; 20° 25', léger accès, alb. 10 ‰; 1 ^{er} 15', accès. -IV, 1 ^{er} 45', alb. 4 ‰; 2°, expulsion du bal- lon; 2° 15', accouche- ment spont.; 2° 30', placenta.	19-V, 20° 45', 5 ^e accès; plus d'accès, à partir du 23-V, accès d'in- quiétude; psychose.	49 cm. 2900 grs.
-IV, 10° 25', mètreu- ryse; 15° 20', accès, 5° 40', accès, de 16° 17° 4 accès, alb. 1/2 ‰, 17° à 17° 30' accès, 17° 30' rup- ture artificielle de la voûte, version, ex- traction.	26-IV, à 18°, encore 1 accès, puis plus. 27-IV, alb. 1 3/4 ‰; 28-IV, 3/4 ‰; 29-IV, 1 accès à 9°, 30-IV, pouls 180, t° 38°5; 2-V, t° 37°5, pouls 130.	† 53 cm. 4100 grs.
-V, 17° 30', mètreu- ryse; 22°, le ballon est expulsé, version, traction impossible par contraction de l'orifice externe autour de la tête du fœtus, perforation.	plus d'accès; 28-IV, alb. 12 ‰; 29-IV, 3 1/2 ‰.	48 cm. 3000 grs.
-V, mètreuryse, ex- traction du ballon en 15 minutes, version, traction, 2 déchi- rures cervicales laté- rales, 3°, accès, alb. 1/2 ‰, 3° 20', nais- sance.	26-V, encore 9 accès. 27-V, encore 5 accès, alb. 3 ‰, plus d'accès. 1 ^{er} jour t° 39°, puis encore 2 élévations de 38° au 4 ^e et 6 ^e jour.	47 cm. 2700 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
135	V-08 1352-218.	S., 30 ans entrée 2-V sortie 5-VI.	II pare 1er accouchement forceps, enfant †.	dans les derniers temps, vomisse- ments. 25-V, 23°, violentes céphalalgies.	26-V, 7°, accès, 7° 45', accès; entrée à la Charité; 11° accès.	col long de 11/ cm., orifice ex- terne perméa- ble au doigt.
136	V-08 1398-230.	R., 21 ans entrée 27-V sortie 13-VI.	I pare.	dep. 15 jours, œdè- mes.	27-V, depuis 14° à des intervalles de 10 minutes, 4 ac- cès, 17°, 5e accès, alb. 3 ‰.	col effacé, orifice externe per- méable à un doigt.
137	V-08 241.	K., 34 ans entrée 28-V † 5-VI.		Depuis 3 semaines, œdèmes, depuis 5 jours troubles visuels. dep. 3 jours cépha- lalgies; aujour- d'hui cécité com- plète.	1 accès à la Cha- rité.	Césarienne va- ginale prévue très difficile cause d'obésité. 19°, alb. 10 ‰
138	VI-08 1681-70.	S., 24 ans entrée 9-VI sortie 30-VI.	II pare 1905 accouchem. normal.	8-VI, céphalalgies, la nuit excitation 9-VI, cécité.	entrée 14°, 1r accès, perte de cons- cience.	col effacé, orifice externe permé- able à 1 doigt.
139	VI-08 1712-78.	K. entrée 10-VI sortie 30-VI.	VII pare.		10-VI, 15° 30', 2 ac- cès, trouble léger de la vue.	alb. †, 17° têt sur le planch du bassin, pa- ties molles; œdémateuses perte de con- naissance.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
7, 12° 30', ballon moyen, grand ballon ré à travers le col en 10 minutes; rupture artific. de la poche; version, extraction; enfant asphyctique et ranimé et encore le même jour; déchirure du col à gauche.	26-V, alb. 4 ‰; encore 2 accès le même jour; puis plus.	47 cm. 2270 grs. † le même jour.
7, métreuryse, ballon moyen, après ballon de dimensions plus grandes, pas de bruits cardiaques fœtaux; perforation et extraction; naissance 8°; minime déchirure cervicale droite.	9 ^e jour. pouls 130, alb. 1 ‰.	† 58 cm. 3450 grs.
7, 20° 45', d'après Frank. tissu adipeux pré-péritonéal et celui trouvé entre les muscles droits rendait l'orientation exacte impossible, d'autant plus que le col n'était pas dilaté et que la tête se trouvait dans le petit bassin, le repli péritonéal était dans les parties antérieures, derrière la plèvre.	30-V, alb. 18 ‰; 31-V, 12 ‰, 1 ^e élévation de t° de 38°; au 3 ^e jour pouls et t° normaux; 5 ^e jour excitation de la malade; l'abdomen n'est pas sensible à la pression. En présence de l'impression d'intoxication profonde que donne la malade, la plaie est rouverte; écoulement de sang coagulé et de sécrétions fétides; pansement humide.	50 cm. 3050 grs.
ce chef le péritoine est vert, l'orientation devient facile; après décollement de la vessie, le col peut être mis à nu, si bien que l'incision du col se fait presque extra-péritonéalement. Version et extraction d'un enfant vivant; hémorragie atonique; décollement du placenta; tamponnement de la matrice au moyen de tampons qui sont tirés à l'avant le col; syncope passagère; rétablissement lent.	4-V, coma augmente; pendant la nuit exitus. Autopsie : phlegmon des parois abdominales; péritonite purulente; endométrite septique; abcédation du tissu conjonctif vésico-utérin; œdème pulmonaire; fortes lésions éclamptiques dans le foie.	
7, version combinée; extraction lente, déchirure du col à gauche, suture; contraction du col empêche l'expulsion du placenta; réouverture de la suture; expression du placenta; resuture à 14° 30'.	8-VI, 18° 45', encore 1 accès; le 13 ^e jour une élévation de t° de 39°.	41 cm. 1490 grs.
IV, 17° 10', forceps; enfant asphyctique et ranimé.	plus d'accès.	51 cm. 3000 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE	STATUS A L'ENTRÉE
140	VII-03 2174-259.	H., 29 ans entrée 29-VI sortie 15-VII.	I pare.	Dep. 1 mois, œdème des pieds, augmenté dans les derniers temps.	29-VI, 18°, accès.	col en partie maintenu, orifice externe perméable doigt.
141	VII-08 2341-61.	D., 24 ans entrée 6-VII sortie 15-VII.	I pare.	6-IV, vomissements, vertiges, céphalalgies, éblouissements; depuis six semaines gonflement de la figure, depuis 4 semaines gonflem. des jambes.	6-VII, 7°, accès, alb. 10 ⁰ / ₁₀₀ .	13° 15', col maintenu et fermé.
142	VII-08 2555-124.	S., 19 ans entrée 14-VII sortie 23-VII.	I pare.	Depuis 8 jours, œdèmes des pieds, depuis 4 jours de la figure; vomissements; depuis aujourd'hui voile devant les yeux, céphalalgies, alb. 10 ⁰ / ₁₀₀ .	11-VII, 16°, accès, 17° 45', acc., morsure de la langue. 14-VII, accès à 16° 45', accès à 20°, accès à 23° 15'.	21°, col maintenu, orifice externe perméable à un doigt.
143	VII-08 2250-131.	S., 17 ans entrée 15-VII sortie 26-VII.	I pare.		15-VII, 9° 30, accès sans prodromes, peu de temps après 2 ^d accès.	
144	VII-03 2556-124.	S., 19 ans entrée 15-VII sortie 26-VII.	I pare.	Depuis le début de la grossesse vomissements; depuis 4 sem. céphalalgies, éblouissements, vue très faible.	14-VII, accès à 23°, accès à 23° 50'. 15-VII, accès à 0° 35', accès à 10.	alb. 12 ⁰ / ₁₀₀ , col en partie maintenu, orifice externe de la grande d'une pièce de 3 marks.
145	VII-08.	S., 37 ans entrée 18-VII sortie 28-VII.	II pare 1902. enf. vivant.	Dep. quelques jours vomissements, céphalalgies; après 19° 30', accès de secousses, tremblem. de la figure.	1 accès à l'entrée, peu de temps après 2 ^d accès et 3 ^e acc.	alb. 12 ⁰ / ₁₀₀ , col effacé, orifice externe comme une petite paume de main, poche mainten., tête peu mobile, c. vera 10.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
VI, métreuryse avec ballon de grosseur moyenne; 2 ^o 30', ex- ulsion; accouchement lent, malgré mé- treuryse et quinine; 2 ^o 30', forceps au détoit inférieur, dé- chirure périnéenne 1 ^o ; hémorragie ato- mique, lég. déchirure cervicale; irrigations étoiles; tamponne- ment utérin.	plus d'accès; 2 élévations de 10 3805 et 3802 le 5 ^e et le 6 ^e jour.	52 cm. 3450 grs.
II, dilatation du col après Hegar; mé- treuryse. II, 7 ^o 30', ballon est expulsé.	7-VII, alb. 12 ^o /100. 8-VII, alb. 2 3/4 ^o /100. 9-VII, alb. 1 1/2 ^o /100. évolution apyrétique.	† 40 cm. 1550 grs.
II, dilatation avec Hegar; métreuryse, après l'accès de 23 ^o 15' ballon est tiré à travers le col, version traction.	plus d'accès.	† 28 cm. 600 grs.
II, accouchement lent et laborieux; for- ceps au détoit infér..	plus d'accès.	50 cm. 3100 grs.
II, 1 ^o 30 ^o , dila- tion d'après Bossi; amène un pied à l'extérieur; présen- tation du pelvis, ex- traction.	accès à 5 ^o 45', 8 ^o 30', 10 ^o 30'. 16-VII, alb. 1 ^o /100. 17-VII, alb. 1 ^o /100. 21-VII, encore éblouissements. 26-VII, alb. 4 ^o /100.	† 40 cm.
II, 1 ^o 45', version réussit pas; enfant 70 pls; perforation.	19-VII, 10 ^o /100 alb..	† 53 cm. 3680 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
146	VII-08 2655-166.	entrée 19-VII sortie 28-VII.	IV pare 3 ^e accouchement, 1907, enf. 5 ^e mois.	céphalalgies et gastralgies.	19-VII, 8 ^o 30' accès, jusque 12 ^o 50' environ 10 accès, 2 seringues de morphine, 15 ^o 10', accès violents.	orifice ext. comme pièce d'un
147	VII-08 3334-141.	H., 25 ans entrée 17-VIII sortie 18-IX.	I pare.	depuis 5 semaines pieds gonflés, depuis 2 jours céphalalgies.	17-VIII, jusqu'à l'entrée à la Charité, 3 accès.	à son entrée l'état général est bon, orifice externe comme une pièce de 5 Marks, rebord de la tête miliaire bassin.
148	VIII-08 3457-176.	M., 25 ans entrée 21-VIII. sortie 29-IX.	I pare.	pas de prodromes; 21-VIII, douleurs vers midi, gonflement des lèvres; les derniers jours gonflement des extrémités inférieures.	18 ^o , 1 ^{er} accès.	18 ^o , les douleurs de coloration bleuâtre, orifice effacé, orifice externe, complètement laté, tête détroit inférieur.
149	VIII-08 3519-209.	H., 28 ans entrée 25-VIII. † 26-VIII.	I pare.	quelques vomissements.	24-VIII, à 22 ^o , accès, 4 accès jusqu'au 25. 25-VIII, accès à 7 ^o 45', 8 ^o 30', 9 ^o 30'.	25-VIII, en col effacé, orifice externe, la grand. pièce de 5
150	VIII-08. 3681-20.	B., 32 ans entrée 30-VIII sortie 3-IX.	I pare.	oedème prononcé des jambes.	d'après les données recueillies une vingtaine d'accès.	entrée 11 ^o , te alb. 12 environ, maint. en tie, orifice terne à p perméable doigt, di tion de fice ext avec Heg
151	IX-08 3748-25.	J., 44 ans entrée 3-IX sortie 11-IX.	XIV pare 13 grossesses normales; 1 fois complications au 7 ^{me} accouchement, version, extract. d'un enfant †.	depuis 14 jours plus de mouvements fœtaux; depuis 14 jours oedèmes des jambes.	nuit du 2-3, 11 ^o 30', accès, cécité, délire, céphalalgies intenses.	alb. 18 ^o 00; 3 7 ^o 30', or externe co une pet. pa de main.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
9-VII, 16° 15', ballon tiré à travers le col, version, extraction, lég. déchirure du col.	20-VII, 1/2 ‰ alb., plus d'accès; évolution apyrétique.	47 cm. 2150 grs.
7-VIII, dilatation d'après Bossi jusqu'à la grandeur d'une paume de main, fortes douleurs surgissent; 11° 45' acc., alb. 1 ‰, orif. externe presque complètement dilaté; forceps, extraction du 1 ^r enfant à 12° 45', rupt. de la 2 ^d e poche, version et extraction du 2 ^d à 13° 15'.	17-VIII, 21° 20', 1 accès, alb. 4 ‰. 18-VIII, 5 accès, alb. 4 ‰; pouls 150. Après le dernier accès coma profond. † à 20° 15'.	47 et 45 cm. 2500 et 2000 grs.
1-VIII, incisions profondes des lèvres, extraction de l'enfant, déchirure plus lointaine des incisions, hémorr. abondantes.	plus d'accès. 22-VIII, alb. 8 ‰. 24-VIII, alb. 7 ‰.	† 50 cm. 3000 grs.
5-VIII, ballon dilaté complètement, expulsion du ballon à 9°, après que le poids a été porté à 2 kilos; rupture de la poche des eaux, forceps, épisiotomie.	25-VIII, accès à 10°, 17°, 20°, coma profond, anurie complète. 26-VIII, œdèmes augmentent, à 10° †; paralysie cardiaque.	48 cm. 3100 grs.
6-VIII, 11°, métreuryse avec petit ballon; 16° 5', ballon expulsé, 21°, accès violent, 21° 40', accès léger; orifice externe comme une petite paume de main, tête mobile; poche non rompue; version, extraction.	3-IX, encore léger trouble visuel. 5-IX, alb. 1 ‰.	macéré 47 cm.
1-IX, rupture artificielle de la poche, présentation d'un pied; naissance 18° 15'.	4-IX, 1°, excitation, troubles de la vue; 4° 30', vomissements; 8° 30', 6 ‰ alb..	macéré 45 cm. 2000 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
152	IX-08 2027-139.	K., 18 ans entrée 17-IX sortie 8-X.	I pare.	depuis 3 semaines baisse de la quan- tité d'urine, gon- flem. de la figure, avant le 1 ^{er} accès trouble de la vue	17-IX, 20 ^o , 1 ^{er} accès, 20 ^o 15' accès, 20 ^o 45' accès; durant le transport 2 ac- cès légers, 22 ^o 5' accès.	
153	IX-08 4048-167.	K., 20 ans entrée 18-IX sortie 19-X.	I pare.		le 17-IX, subitement éclampsie; entrée le 18-IX, après 2 accès.	tête au détr inférieur.
154	X-08. 4360-13.	F., 17 ans entrée 2-X sortie 16-X.	I pare,	forts vomissements, pas d'œdèmes, au début des dou- leurs céphalalg., éblouissements.	11 ^o 30, un peu avant la délivrance, un accès.	délivrée.
155	X-08 4777-134.	H., 24 ans entrée 17-X sortie 29-X.	III pare 1906, accouchem. normal, un avortement.	dep. quelques temps œdèmes; depuis hier soir cépha- lalgies intenses; depuis ce matin troubles visuels.	de 14 ^o à 17 ^o , 3 accès éclamptiques; en- trée 1 accès, 17 ^o 30' accès, alb. 11 ‰, incons- cience relative.	col mainten orifice exte perméable à doigts.
156	X-08 4832-172.	G., 25 ans entrée 22-X sortie 31-X.	I pare.	au début vomisse- ments, céphalal- gies; depuis huit jours œdème des extrémités infé- rieures.	22-X, 1 ^o , accès, jus- qu'à son entrée 5 accès; au début des accès alb. 14 ‰.	orifice exte perméable à doigt.
157	X-08 5015-237.	N., 17 ans entrée 29-X † 31-X.	I pare.	vomissements, ver- tiges, œdème des jambes.	avant son entrée à la Charité 5 acc. 30-X, accès à 10 ^o , à 10 ^o 10'.	col mainten perméable à sommet d doigt.
158	XI-08 5087-13.	Z., 34 ans entrée 2-XI † 2-XI, 20 mi- nutes après l'entrée.	XI pare, 2 accouchem. à terme, 8 avortemts.	pas de prodrômes nets.	2-XI, au matin, 4-5 accès.	entrée, 11 ^o 30 col perméab au doigt, pou 120, forte cy nose au m ment de l'ex men, sympt mes cardiaqu et †.
159	XI-08 5251-57.	P., 26 ans entrée 8-XI sortie 2-XII.	I pare.	Depuis 8 semaines œdème des pieds. Depuis 3 semaines céphalalgies et quelquefois vomis- sements.	8-XI, 9 ^o 15', accès.	alb. +.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
7-IX, 22° 25', forceps au détroit inférieur.	18-IX, rétablissement de la conscience; plus d'accès; 4 ^e jour, élévation passagère du pouls, 140. 20-IX, 1/2 ‰ alb.	51 cm. 3000 grs.
8-IX, forceps au détroit inférieur.	19-IX, alb. 4 1/2 ‰, plus d'accès.	51 cm. 3060 grs.
9-X, 12°, spontanée.	de 12° à 13°, 4 accès; de 13° à 14° 30', accès de façon continue; 1 heure libre d'accès; de 16° 30' à 18° 30' accès de façon continue; entrée à 20° 57', accès; chloral, morphine, digalène par voie intra-veineuse; plus d'accès ultérieurs, alb. 3 ‰.	
7-X, ballon tiré à travers le col; rupture artific. de la poche; version, extraction; 18° 45', perforation; lég. déchirure du col.	20°, conscience déjà revenue.	37 cm. 1600 grs.
2-X, dilatation par le Possi jusque 2 doigts; version combinée; extraction.	22-X, 10°, accès; 14°, accès; alb. 4 3/4 ‰; 15° 30', accès.	† 40 cm.
9-X, 1° 30', métreuryse, tension du ballon durant 10 minutes, version, extraction; déchirure périnéenne; naissance 2°.	30-X, 15° 25', violent accès suivi de coma profond; pouls très petit; digalène par voie intra-veineuse; camphre, enveloppements; le catéthérisme donne à 15° 45' 20 cc. d'urine sombre, trouble; 17°, décapsulation des reins; lucidité passagère. 31-X, depuis 1°, vomissements; à 5°, accès violent; coma profond; à 6° 45', † dans les convulsions. Autopsie : Foie éclamptique, nombreuses hémorragies; œdème pulmonaire.	† 48 cm. 2900 grs.
	Autopsie : Pneumonie hypostatique, foyers éclamptiques dans le foie, néphrite chronique.	
XI, 10°, accouche-ment durant le trans- port d'un 1 ^{er} enfant, version et extraction du 2 ^d ; rupture périnéenne.	8-XI, accès à 10° 20', 14°, 14° 40', 18°, alb. 3 ‰. 21-XI, 1° de 39°7, suivie de chute.	42 et 47 cm. 1700 et 2350 grs.

No	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	DÉLIVRANCE	STATUS A L'ENTRÉE
160	XI-08 5378-134.	D., 24 ans entrée 12-XI sortie 3-XII.	I pare.	Depuis 3 mois œdème des pieds, au début de la grossesse syncopes et vomissements. 12-XI, riche teneur en alb., to 38°5. 13-XI, un exanthème qui existait depuis 8 jours s'accroît davantage. 16-XI, 3 $\frac{0}{100}$ alb. 17-XI, 2 $\frac{0}{100}$.		
161	XI-08 5432-174.	S., 26 ans entrée 14-XI † 16 XI.	II pare.	jusque hier pas de prodrômes. Depuis deux semaines, œdèmes.	14-XI, 12°, 1 accès alb. +, to 37° après encore 8 accès; à la clinique accès à 14°, 14° 15', 14° 30', 15°.	
162	XI-08 5584-160.	D., 37 ans entrée 21-XI sortie 13-XII.	II pare, 1907 accouchement au 8 ^e mois enfant †.	vomissements, céphalalgies depuis la mi-août. Néphrite.	éclampsie éclate sans prodrômes particuliers.	12 $\frac{0}{100}$ alb.
163	XI-08 5723-205.	G., 24 ans entrée 27-XI † 27-XI.	I pare.	Depuis 2 mois œdème prononcé des pieds, parfois céphalalgies et dyspnée. Depuis 2-3 semaines éblouissements, aujourd'hui matin subitement amaurose.	27-XI, accès à 9° 30', 10° 20', 11° 45'. coma.	entr.: alb. 12 to 36°9.
164	XI-08 5444-121.	S., 26 ans entrée 15-XI sortie 24-XI.	I pare.	Depuis deux mois œdèmes des jambes, des mains, de la figure; depuis 1 mois éblouissements.		alb. +, to 36°9. pouls 84.
165	XII-08 5979-45.	B., 41 ans entrée 5-XII sortie 23-XII.	III pare. 1 ^{er} accouchement normal, 2 ^d prématuré au 7 ^e mois.	dep. quelque temps œdème accentué des pieds, les derniers jours, sécrétion d'urine abaissée.	5-XII, accès, 14° 15', 2 ^d accès, 14° 15', 3 ^e accès, 4 ^e accès pendant le transport, 5 ^e à 16° 30'.	col effacé, ori externe de grand. -d' pièce d'un alb. 12 $\frac{0}{100}$

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
7-XI, 12° 30', métro-ryse, 15° 35' expulsion du ballon, 21° 35', accès éclamptique de 3 minutes; forceps.	après la délivrance, alb. au-delà de 12 ‰, plus d'accès. 18-XI, 3 ‰. 19-XI, 1/2 ‰.	51 cm. 3450 grs.
14-XI, à son entrée, métro-ryse, le ballon est tiré à travers le col; extraction du premier enfant, 14° 45', en présentation du siège; 1/4 d'heure plus tard, version et extraction du second.	14-XI, encore 13 accès. 15-XI, 0° 20', 1 accès; 1° 5', 1 accès, alb. 1/2 ‰, 1200 cc. urine; 18°, râles marqués, 800 cc. urine, eau physiologique, saignée, chloral, morphine, digalène; plus d'accès. 16-XI, 500 cc. urine; 9°, †. Autopsie: Pneumonie fibrineuse, foyers éclamptiques dans le foie.	48 et 51 cm. 2400 et 3470 grs.
21-XI, 15°, enfant †.	21-XI, 18° 20', accès; chloral, morphine, 12 ‰ alb.; plus d'accès.	† 37 cm. 1070 grs.
27-XI, 12° 30', par forceps au détroit inférieur, 16° 45', expression du placenta, pouls 160, atonie légère qui se maintient durant des heures.	27-XI, 18° 45', coma; légère hémorragie persiste toujours; tamponnement de l'utérus et du vagin; pouls 160, très petit; 19° 45', dyspnée; 20°. tampon percé par l'hémorragie, nouveau tamponnement; dyspnée prononcée; 30° 15', autotransfusion, dyspnée; 20° 45', †.	49 cm. 3200 grs.
15-XI, 13° 30', métro-ryse, 17°, accès éclamptique; 17° 15', expulsion du ballon; 17° 30', enfant en position transversale; version, extraction; légère déchirure cervicale et périnéenne.	16-XI, alb. 3 1/2 ‰; le 3 ^e jour une élévation de t°. 38°. 24-XI, alb. 1 ‰.	47 cm. 2200 grs.
5-XII, 17° 45', métro-ryse forcée; version, extraction; déchirure superficielle du col; hémorragie; extraction manuelle d'un cotylédon placentaire et de membranes; tamponnement utérin.	plus d'accès. 6-XII, alb. 2 ‰.	38 cm. 1670 grs. † le 20-XII

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
166	XII-08 6209.	A., 43 ans entrée 17-XII.	I pare.	sans prôdr; œdème des jambes.	17-XII, accès.	17-XII, 180 entrée, orif externe co plètement laté, tête p qu'au détr inférieur.
167	XII-08 6262-145.	D., 21 ans entrée 19-XII sortie 31-XII.	I pare.	vomissements, cette nuit céphalalgies.	19-XII, 2° 30' accès, jusqu'à l'entrée, 11 accès, après chaque accès lé- gère perte de conscience, 8° ac- cès.	alb. 20 ‰, c fice exte comme u pièce d'un M
168	XII-08 6368-202.	F., 24 ans entrée 26-XII sortie 10-I.	I pare.	œdème des jambes.	25-XII, à partir de 21° 30' environ, 15 accès. 26-XII, 7° 16', accès éclamptique.	alb. +, to 38 26-XII, 6° entrée, inco science, alb 24 ‰, col facé, orifi externe com une pièce 3 marks.
169	XII-08 6493-235.	R., 27 ans entrée 30-XII transférée à la clin. interne.	III pare.	dep. 8 jours éblouis- sements, œdème des pieds, urine trouble peu abon- dante. to 38°, de- puis le jour aupa- ravant, céphalal- gies.	29-XII, 23° 30', 1 ac- cès. 50-XII, 3°, 2 ^d accès, 10° 15' entrée, 10° 25' accès.	col effacé, orif externe com une pièce 3 marks.
170	I-09 6718-85.	W., 27 ans entrée 11-I sortie 21-I.	I pare.	dep. 8 jours œdème des pieds; 10-I, au matin, trouble de la vue.	11-I, de 4°-8°, 6 ac- cès.	
171	I-09 6946-169.	L., 23 ans entrée 18-I sortie 28-I.	III pare, 1906 accou- chement à terme; 1907 avortement au 7 ^e mois.	de temps à autre vomissements; de- puis 14 jours œdè- me des pieds. le 18-I vomisse- ments, céphalalgies.		to 3609, alb. 8 ‰
172	I-09 7199-254.	B., 28 ans entrée 29-I sortie 28-II.	I pare.	depuis le 24-I, dou- leurs dans les reins. vomissements.	28-I, à 15° et à 16° accès éclampti- ques typiques.	

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
-XII, forceps au détroit inférieur; rupture périnéenne 11 ^o , suture, une hémorragie suit l'expulsion du placenta; exploration digitale de l'utérus; éloignement d'une tumeur fibreuse (grandeur de pomme), tamponnem ^t utérin.	1 ^o 38 ^o 2', plus d'accès.	50 cm.
-XII, 9 ^o 15', dilatation d'après Bossi jusqu'à la paume de main; pocherompue; extraction par les pieds.	19-XII, plus d'accès; 19 ^o 20', 2 ‰ alb., 20-XII, 6 ^o , 1/4 ‰ alb., une élévation de 1 ^o de 38 ^o 2 au 4 ^e jour.	48 cm. 2400 grs.
-XII, 7 ^o 45', dilatation d'après Bossi jusqu'à la paume de main, rupture de la poche; forceps, légère déchirure cervicale; déchirure des petites lèvres.	27-XII, accès à 9 ^o 9', 10 ^o 48', 12 ^o 30', 14 ^o 32', 16 ^o 10', 18 ^o 30, 19 ^o 35, puis plus d'accès.	48 cm. 2950 grs.
-XII, 11 ^o 45', dilatation d'après Bossi jusqu'à la paume de main, rupture de la poche; version externe; traction, déchir. cervicale superficielle.	30-XII, accès à 15 ^o 50', 17 ^o 55', alb. 3 ‰, 18 ^o 35', 19 ^o 35'. On constate des râles sur tout le poumon. 21 ^o 30' encore un accès d'un quart de minute. 31-XII, pas d'accès. 1-I-09 7 ^o 32', 1 accès, 7 ^o 35' 1 accès. 7-I, fièvre de 39 ^o 5' se maintient le 8 et le 9-I; parties pulmonaires à matité, d'autres à son tympanique.	46 cm. 2260 grs.
-I, 8 ^o 45'.	ultérieurement encore 3 accès, perte de conscience; entrée : 10 38 ^o 9', eau physiologique; suture d'une déchirure cervicale et vaginale. Quelques fragments placentaires sont manuellement enlevés de la matrice. 11-I, 19 ^o 30, alb. 1/2 ‰. 12-I, alb. 1/4 ‰; les céphalalgies persistent jusqu'au 20-I.	
-I, Placenta praevia, version; 18 ^o , accès éclampt., extraction.	13-I, durant le transport à la clinique, 2 accès à 19 ^o 30' et à 20 ^o , accès à 22 ^o . 19-I, accès à 1 ^o 45', 5 ^o , 7 ^o 45', alb. 12 ‰. 20-I, alb. 1-1/2 ‰. 28-I, alb. 1/4 ‰.	
-I, 18 ^o 30', par forceps au dehors, déchirure du col et du périnée, 1 ^o 38 ^o .	plus d'accès. Déchirure ne guérit pas par première intention; évolution fébrile. 1 ^o de 39 ^o (2 ^e jour), 39 ^o 7 (4 ^e jour), 39 ^o 5 (6 ^e et 8 ^e jour), 40 ^o 5 (14 ^e jour), puis du 15 ^e au 22 ^e , 38 ^o 5; puis chute.	

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
173	I-09 7220-260.	S., 22 ans entrée 29-I sortie 25-III.	I pare.	29-I, amaurose.	29-I, accès; en tout 12 accès.	to 39°6, col e orifice ex comme un tite paum main.
174	II-09 7689-151.	S., 20 ans entrée 17-II sortie 26-II.	I pare.	Il y a 18 ans, mère aurait eu éclamp- sie. Les 4 dernières semaines céphalal- gies, œdèmes, pouls 96, to 36°8.	17-II, 4° accès de 20', 5° accès de 15', 6° 45 accès de 20'; à la clinique 8° 40', accès de 2' 1/2, alb. +, 9° 15 accès.	10° orifice e ne presqu plètem. dil
175	II-09 7727-163.	K., 26 ans entrée 18-II sortie 26-II.	I pare.	pas de prodrômes.	18-II, 4 accès avant l'entrée.	alb. 20/00, to pouls 110-1
176	II-09 7728-168.	S. entrée 18-II sortie 27-II.	I pare.	pas de prodrômes nets.		alb. to 37° pouls 74.
177	II-09 7818-203.	L., 24 ans entrée 22-II sortie 1-III.	I pare.	vomissem. céphalal- gies; 3 jours aupa- ravant syncopes.	3-4 accès avant l'en- trée à la clinique, 15° accès.	alb. + 1/2 °
178	II-09 7832-213.	C., 25 ans entrée 23-II sortie 8-III.	I pare.	derniers 8 jours œdème des pieds, le jour auparavant céphalalgies, éblouissements.	23-II, de 4° 30 à 5° 30, 4 accès.	to 36° 3 alb. 15 % col e 8° orifice ext comme une p de 2 marks.
179	III-09 8027.	F., 22 ans entrée 2-III sortie 8-III.	I pare.	entrée : inconscien- ce relative. 28-II au 1-III exci- tation.	1-III, 4° 30' accès de 2 minutes.	-
180	III-09 8053-16.	S., 19 ans entrée 2-III sortie 10-III.	I pare.	depuis 4 semaines œdème des pieds, 1 heure avant le 1er accès, amaurose.	2-III, 9° 30' accès.	to 38°, pouls

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
9-I, 10° 30', version-extraction, déchirure droite du col.	29-I, accès à 13°, 15°, 16°, 16° 45', 17° 45', alb. 24 ‰. 30-I, 2°, accès; plus d'accès. 3-II, 5 ‰ alb.. 6-II, sécrétions utérines purulentes, strept. cocques, lavage utérin à l'alcool. 10-II, alb. o. Le 2 ^e , 4 ^e , 7 ^e et 11 ^e jour élévation de t° de 39°5, 39°8, 39°5 et 40°5; du 17 ^e au 29 ^e jour t° de 38° à 39°2, puis chute.	† 49 cm. 2900 grs.
7-II, 10°, forceps du milieu du petit bassin, légère déchirure du périnée et du clitoris, alb. 2 ‰.	plus d'accès.	46 cm. 2850 grs.
8-II, 13°, forceps du milieu du détroit, forte hémorragie atonique; Momburg, 40' arrêt.	18-II, 14°, accès; 15°, accès. 19-II, alb. 1/2 ‰.	47 cm. 2400 grs.
8-II, au moment du passage de la tête au détroit infér., accès éclamptique d'une 1/2 minute; urine alb. o.	plus d'accès.	50 cm. 3750 grs.
2-II, 17°. Bossi, version, extraction (enf. vivant), épisiotomie.	23-II, 13°, accès, alb. 1 ‰; plus d'accès. 25-II, 1/2 ‰.	† 51 cm. 2810 grs.
3-II, dilatation avec Bossi, version, extraction, rupture périnéenne III°, déchirure du col et de la paroi vaginale.	23-II, 20° 30', alb. 2 ‰, plus d'accès; durant les premiers jours céphalalgies, photophobie, vue double.	50 cm. 2470 grs.
-III, 8° 30', spontanée.	après l'accouchement, 2 ^e et 3 ^e accès de 3'; 22°, 4 ^e et 5 ^e accès; 6 ^e accès pendant le transport; alb. 4 ‰, pouls 108, t° 37°3. 6-III, une élévation de t° passagère de 38°3.	
-III, 10° 30', au dehors par forceps.	2-III, vers 17°, 4 accès, entrée à 20° 30', accès à 20° 45', 21° 30'. 3-III, accès à 8° 30', alb. traces. 7-III, céphalalgies.	

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
161	III-09 8083-36.	E. 20 ans entrée 3-III sortie 19-III.	I pare.	depuis le 5 ^e mois, douleurs dans le côté (reins?) pertes blanc - jaunes, de- puis 3-4 jours œdè- me des pieds, dep. hier œdème de la figure. 3-III, après - midi, céphalalgies, vo- missements, alb., ascite, goître.	4-III, 2 ^o , 3 accès successifs.	
182	III-c9 8253-91.	D., 21 ans entrée 10-III † 12-III.	I pare.		10-III, accès à 10, 2 ^o , 3 ^o , puis en- core 5 accès. accès 5 ^o 40'.	
183	III-09 8466-163.	L. entrée 18-III sortie 27-III.	V pare, 1 ^r enf. mort- né; 3 autres viv. à terme.	13-III, forte influen- za, céphalalgies, urine toute rouge. 17-III, douleurs, travail n'avance pas.	18-III, 17 ^o accès, 17 ^o 15' 2 ^e accès, alb. 1/4 ‰.	18-III, entré la clinique, to 37 ^o 5, poul. alb. †.

DÉLIVRANCE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
5-III, 2^o 30', par version après mètre-ryse, déchirure du périnée et du clitoris, expression du placenta.	20^o 40', alb. 5 ‰, urine 150 cc., plus d'accès. 6-III, alb. 1,75 ‰; le 4^e jour une t^o de 38^o7.	49 cm. 2800 grs.
10-III, 6^o 30, à son entrée: forceps au détroit inférieur.	10-III, 6^o 45', accès, alb. 8 ‰. 11-III, alb. 1/2 ‰, 75 cc. urine, plus d'accès, coma et pouls mauvais se maintiennent. 12-III, †. Autopsie: forte dégénérescence graisseuse du foie avec nombreuses hémorragies, dégénérescence graisseuse des reins.	
18-III, forceps au détroit inférieur.	plus d'accès.	49 cm. 2520 grs.

CATÉGORIE III.

Eclampsies où fut appliquée la césarienne
vaginale (76 cas).

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
1	V-04 1078.	W., 23 ans entrée 20-V-04 † 27-V-04.	II pare, 1 ^{er} enfant mort-né au 8 ^e mois.	depuis 6 semaines, œdèmes.	4 ^e accès avant l'en- trée à la Charité, après l'entrée en- core 1 accès.	col mainte- perméable doigt, fond rin 2 doigts dessous l'append xyphoïde.
2	VII-04 2034-27.	M., 20 ans entrée 4-VII-04 † 6-VII-04.	I pare.	depuis 4 semaines, œdèmes.	7 accès avant le transport à la Cha- rité. 4 accès pendant le transport.	col en par- maintenu p méable à doigt, forte neur de l'un en albumin en cylind hyalins et g nuleux, po des eaux ro pue, morph chloral, 16 ^o ouvert. pi de 3 Mks, t fixée au détro
3	VIII-04 2940-90.	K. entrée 16-VIII sortie 29-VIII.	I pare.	dernières 6 sem. œdèmes de l'abdo- men, des jambes, des mains, de la figure. Depuis 3 jours, céphalal- gies, papillotage; vertiges.	16-VIII, accès et perte de connais- sance; entrée à la clinique à 4 ^o 30', accès de 3' à 4 ^o 45'.	col maintenu fermé.
4	X-04 4339-204.	F., 34 ans entrée 31-X sortie 8-XII.	I pare.	Depuis 4 semaines, œdèmes des pieds et des mains. 29-X, à la suite d'une excitation nau- sées, vomissement, céphalalgies. 31-X, 6 ^o papillotage.	6 ^o , accès, incons- cience.	à l'entrée, ori- tation parfait céphalalgie alb. 18 % cylindres hy- alins et gran- leux, fond u rin 2 doigts dessus de l'a- pend. xyph- de, col ma- tenu.
5	XII-04 5199-13.	P., 20 ans entrée 2-XII sortie 12-XII.	I pare.		4 accès au dehors, 1 accès à 11 ^o 45' à son entrée à la clinique, chloro- forme.	col long de de- cent., orif externe p méable à doigt, fond u rin au nive del'append xyphoïde.

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
-V, 22°, typique.	21-V, plus d'accès; inconscience; to 37°, pouls 92, urine 120 cc., $\frac{1}{4}$ après 12°, 9 $\frac{0}{100}$ alb., morphine, digitale, enveloppements chauds, 1000 cc. le 21-V. eau physiologique. 48 cm. 22-V, conscience plus nette; to 37°, pouls 124, 140 cc. urine, 2780 grs. alb. 1 $\frac{0}{100}$, diurétique (tilleul); lait, digitale, enveloppements chauds, morphine. 23-V, conscience presque intacte, 70 cc. urine, 1 $\frac{0}{100}$ alb., to 36°5. 24-V, conscience intacte, urine abondante 2,7 $\frac{0}{100}$ alb., diarrhée; bouillon, thé, lait, eau minérale, to 36°8. 25-V, 250 cc. urine, 1 $\frac{3}{4}$ $\frac{0}{100}$ alb.; somnolence. 26-V, légers frissons, to 38°8. 27-V, douleurs dans le côté droit, matité sur toute la partie postérieure du poumon droit; to 37°8, pouls 105; digitale, vin. L'après-midi, excitation subite, $\frac{1}{4}$, pneumonie.	
VII, 16° 30', forceps au détroit supérieur; épisiotomie, assez forte hémorragie.	après l'opération 14 $\frac{0}{100}$ alb., 1 litre eau physiologique. 5-VII, plus d'accès; 1000 cc. eau physiologique, enveloppements chauds et humides; en 24°, 2280 cc. urine, alb. en traces; conscience revient. 6-VII, au matin, $\frac{1}{4}$ inopinée. Autopsie : début d'hydronéphrose; hémorragies et nécroses dans le foie; dégénérescence graisseuse des reins; hypérémie et œdème pulmonaires.	49 cm. 2000 grs. asphyctique $\frac{1}{4}$.
-VIII, forceps.	avant la délivrance le cathétérisme donne quelques cc. d'urine, alb. 14 $\frac{0}{100}$, cylindres hyalins et granuleux; après la délivrance, enveloppements chauds, 0,03 gr. de morphine, 3 gr. de chloral; lait; plus d'accès; désorientation; en 14°, 250 cc. urine, cylindres hyalins et granuleux, 0,25 $\frac{0}{100}$ alb. 17-VIII, désorientation, 950 cc. urine, alb. en trace. 25-VIII, déhiscence de la plaie cervicale; état général bon. 29-VIII, déhiscence cicatrisée, 1/2 cm.	vivant 38,5 cm.
-X, typique, version, extraction, on laisse dans l'utérus un tube à drainer.	plus d'accès; 600 cc. urine, alb. 1/4 $\frac{0}{100}$; rétablissement progressif, cystite passagère. 3-XII, déhiscence cervicale de 1 cm., 8 jours après l'opération et durant 6 jours to de 38°5.	42 cm. $\frac{1}{4}$ de faiblesse.
typique, version, rupture périnéenne II fo, 2-XII.	3-XII, urine de 24°, 1300 cc.; enveloppements chauds, alb. variant de 2 à 1/4 $\frac{0}{100}$, to 39°, pouls 130; excitation. 4-XII, conscience revient, amélioration continue. 10-XII, état général très satisfaisant, alb. 0; col ouvert.	asphyctique vivant 50 cm.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
6	I-05 5852-25.	S., 21 ans entrée 3-I † 4-I.	I pare.	œdèmes des pieds et des jambes.	3-I, depuis 10°, jus- qu'à son entrée à la clinique, 1 ac- cès violent, forte cyanose, respira- tion artificielle, chlorof., deux fois 0,2 gr. de mor- phine.	
7	I-05 5971-55.	K., 24 ans entrée 8-I sortie 25-I.	I pare.	œdèmes des jambes, à la cliniq. le 8-I, la malade se plaint d'amaurose.	8-I, 1 accès (cram- pes, tremblem.), le soir accès typi- que; pendant le transport 1 accès; à son arrivée 1 ac- cès coupé par le chloroforme.	col maintenu fond utérin trav. de d en dessous l'appendi- xyphoide.
8	I-05 6124-100.	S., 26 ans entrée 13-I sortie 21-I.	I pare.	depuis quelques se- maines œdèmes, état général excel- lent. 12-I, un faux pas sur un escalier, la nuit agitation, maux de ventre, vomissements.	13-I, 4°, accès vio- lent, toutes les 45' à 60', de cette façon 8-9 accès avant le trans- port un accès vio- lent, chloroforme, le catéthérisme donne 400 cc. uri- ne presque noire, alb. 7 1/2 ‰ (alb. + sang).	col maintenu perméable doigt.
9	III-05 7310-23.	E., 26 ans entrée 3-III sortie 24-III.	I pare.	œdèmes, 10 ‰ alb.	1 accès éclamptique durant le trans- port, 1 accès à son entrée à la clini- que à 21°.	Vagin étroit, maintenu, c fice extér perméable doigt.
10	III-05 113.	L. G., 20 ans entrée 14-III transf. 26-III à la clinique psychiatrique.	I pare.	œdèmes, alb. 25 ‰.	12°, 13 acc. éclamp- tiques.	col maintenu fermé.
11	III-05 7607-116.	D., 19 ans entrée 15-III sortie 10-IV.	I pare.		plusieurs accès éclamptiques.	Coma.

SARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
pique, après l'expulsion du placenta, forte hémorragie, tamponnement utérin et vaginal. 3-I.	2° après la délivrance 1 violent accès (1 à 2'), puis plus d'accès; chloral, morphine, chloroforme, profonde somnolence, dyspnée violente mais passagère; enveloppements chauds. 4-I, 200 cc. urine qui se coagule à la chaleur; 15° 15', arrêt de la respiration dans le coma. Autopsie: dégénérescence parenchymateuse du foie, quelques foyers hémorragiques avec nécroses dans le foie, dégénérescence parenchymateuse des reins.	44 cm. †
I, typique, version-extraction, extraction de la tête par rigidité du périnée très difficile, essai avec le forceps sans résultat, extraction avec le Veit Smellie réussit définitivement. Hémorragie atonique, tamponnement utérin de quelques minutes, rupture périnéenne II°, drain en verre dans le canal cervical.	après l'opération, infusion de 500 cc. eau physiologique, morph. 9-I, matin 185 cc. urine, 1/4 0/00 alb., ultérieurement 900 cc.. 10-I, 2800 cc., 1/4 0/00; 11-I, alb. trace; 12-I, sens visuel revenu à la normale; plus d'accès; 13 3 élévations jusque 38°.	asphyctique ramené à la vie 54 cm. 3600 grs.
3-I, typique, drain en caoutchouc dans le canal cervical, tamponnement du vagin.	plus d'accès. après l'opération 3 seringues de camphre, 500 cc. eau physiolog., somnolence profonde, respiration superficielle, pouls petit, enveloppements chauds; caféine, respiration devient plus superficielle, le pouls plus petit, respiration artificielle, frictions froides, état s'améliore. 14-I, l'état de la malade s'est beaucoup amélioré. 13-I, faculté visuelle normale, 1000 cc. urine, 1 0/00 alb., amélioration régulière. 21-I, à la sortie: plaie bien cicatrisée, utérus légèrement rétroposé.	31 cm. 910 grs. †
-III, typique, déchirure vaginale, 3 seringues d'ergotine.	plus d'accès. au cours des deux premières semaines, 3 élévations de 10° entre 38° et 38°5. Guérison parfaite; sortie au 21 ^e jour.	30 cm. 3950 grs.
4-III, typique, épisiotomie, rupture périnéenne III°. Atonie nécessitant le tamponnement utérin.	plus d'accès. au cours des 10 premiers jours 4 élévations thermiques entre 38° et 39°. au 12 ^e jour accès maniacal; scopolamine.	49 cm. 2730 grs.
5-III, typique; l'extraction de la tête donne une profonde rupture périnéenne de II-III°; déchirure vaginale. L'hémorragie nécessite le tamponnement utérin.	plus d'accès. La rupture périnéenne n'a pas guéri. Durant 5 semaines fièvre avec 3 élévations de 40°2. Fistules vésico-vaginale et vagino-rectale nécessitant des opérations ultérieures.	50 cm. 2830 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
12	IV-05 113.	D. B., 46 ans entrée 15-IV sortie 10-V.	XIV pare, 8 accouche- ments norm., 5 avorte- ments.	douleurs dans la nuque, amaurose, puis premier acc.	9 accès avant la dé- livrance.	col maintenu perméable doigt.
13	IV-05 143.	S., 18 ans entrée 18-IV † 19-IV.	I pare.		apportée dans le coma à 7 ^h 45'; a- eu jusqu'à 6 ^h au moins 20 accès; eau physiologi- que; à son entrée violent accès. 7 ^h 58' accès.	col maintenu fermé, 15 urine brun 50 ‰ alb.
14	IV-05 179.	G., 19 ans entrée 21-IV sortie 12-V.	I pare.	pas d'œdèmes; alb. 4 ‰, urine brune.	avant l'entrée 4 acc. à son entrée 1 ac.	col maintenu partie, orif externe perr able à 1 doi avant l'opé- tion 4 ‰ alb.
15	V-05 695-10.	S., 26 ans entrée 2-V sortie 25-V.	I pare.		1 ^{er} accès à 0 ^h 30'; 0,01 gr. morphine, 4 accès suivent; 0,02 gr. morphine 6 ^e ac. à la clinique.	
16	V-05 1312-87.	J. W., 29 ans entrée 12-V sortie 6-VI.	I pare.	pas de prodrômes spéciaux.	12-V-05, à 3 ^h 30' su- bitement 1 accès éclampt., 2 accès suivent en l'es- pace de 12 ^h .	coma.
17	V-05 100.	E. A., 38 ans entrée 14-V sortie 6-VI.	III pare.	métrorragie au cours de ces derniers jours; le jour pré- cédent, vomisse- ments et cépha- lalgies.	14-V, à 16 ^h , 1 accès; 1 accès à 16 ^h 30'; 1 accès à 17 ^h 15'.	col maintenu fermé.
18	VI-05 1528-III.	H., 29 ans entrée 14-VI † 26-VI.	III pare, 1 accouchem ^t normal 1900, 1 accouchem ^t prématuré (VII ^e mois) 1902.	alb. + trace.	14-VI, 4 accès éclamptiques.	coma, col ma- tenu.

ESARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
-IV, 8° 56', typique, version-extraction.	encore 2 accès le même jour; évolution apyrétique; bords de la plaie cervicale déhiscent.	50 cm. 2970 grs.
-IV, 8° 14', typique, version-extraction, déchir. périnéenne lo.	de 9° 15' à 10° 30', 4 seringues camphre, 0,5 gr. caféine, 1350 cc. eau physiologique; 13° 50', 10 39°5, 70 cc. urine; 14° 20', encore un accès; 18°, 10 38°, pouls 248; 22° 30', 1000 cc. eau physiologique, enveloppements chauds, 24°, râles trachéaux. 19-IV, 20, pouls 140, resp. 24; transpiration abondante; 4°, resp. 38, pouls 168, camphre; 4° 45', † dans le coma. Dans la vessie, 79 cc. urine brune, 20 ‰ alb. Autopsie : Hémorragies dans le foie.	† 45 cm. 2520 grs.
-IV, typique, épisiotomie, naissance de l'enfant à 8°20'.	serum antistreptococcique, chloral, morphine, enveloppements chauds; 16°, pouls 120, resp. 14, accès de transpiration; 18°, pouls 148, resp. 24; 19°, pouls 160, resp. 24, 10 39°7, enveloppements supprimés; 21°, 10 37°7; 22° 30', excitation, morphine 22-IV, 7°30, conscience revient, catéthérisme donne 170 cc. urine, alb. 2 1/2 ‰; 20°, élimination spontanée de 1000 cc. urine 10 36°9, pouls 100. au 5 ^e jour, une élévation de 10 de 38°5; rétablissement progressif. 2-V, 1/4 ‰ à la sortie : col fermé, légère encoche à droite.	asphyctiq. ranimé, après 1 h. † 46 cm. 2510 grs.
V, l'extraction de la tête fait des difficultés.	après l'opération, sérum antistreptococcique; plus d'accès. au 10 ^e , 12 ^e , 13 ^e et 14 ^e jour, 10 de 40° puis baisse. à partir du 20 ^e jour, évolution apyrétique. Bords antérieurs de la plaie cervicale déhiscent. 41-V, on prend dans la cavité utérine du sang purulent; l'examen de culture y découvre staphylococques et bâtonnets, cystite, infiltration du paramètre droit.	36 cm. 1050 grs. †
-V, typique, version-extraction.	après l'opération, sérum antistreptococcique, morphine; plus d'accès. au 7 ^e jour, une élévation de 10 de 38°2; cicatrisation parfaite.	vivant 42 cm. 1280 grs. † le 27-V.
-V, 17°30', perforation vésicale; suture. On constate un placenta praevia central; perforation; version; drainage de la vessie.	après l'opération, 1000 cc. eau physiologique, ergotine, 10 cc. sérum antistreptococcique, plus d'accès; évolution apyrétique.	† 32 cm. 1200 grs.
-VI, entre 7° et 8°, typique.	9°, 235 cc. urine, 25 ‰ alb., 3 gr. chloral; 17°, 350 cc. urine, 12 ‰ alb., camphre, envelopp., amaurose; 24°, 45 cc. urine, 6 ‰ alb. 15-VI, 7°, pouls 180, 10 41°1, 80 cc. urine, 6 ‰ alb., enveloppements froids, 8° 25', 10 38°8; de 11° à 12°, spontanément, 600 cc. urine, 20°, 10 36°8. 16-VI, 7°, 10 36°9. le 5 ^e jour et le 7 ^e jour, élévation thermique de 38°2. au 19 ^e jour, 10 40°, 6 accès éclamptiques et †.	32 cm. 650 grs

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
19	VII-05 135.	W. E., 42 ans entrée 17-VII † 17-VII.	II pare.	œdèmes depuis 15 jours.	17-VII, 5 accès éclamptiques. 1 ^{er} accès à 5 ^h 45' 2 ^e accès à 6 ^h 45' 3 ^e accès à 7 ^h 45' 4 ^e accès à 9 ^h 5 ^e accès à 10 ^h 15'.	col maintenu fice extérieu gerement
20	VII-05 2753.	A. M., 28 ans entrée 24-VII sortie 12-VIII.	I pare.	depuis 6 j. œdèmes 23-VII, céphalal- gies, vomissem ^{ts} .	23-VII, 1 ^{er} accès à 20 ^h ; 7 accès sui- vent jusque 24 ^h .	
21	VIII-05 3345-154.	H. P., 23 ans entrée 21-VIII sortie 11-IX.	I pare.		1 accès éclamptiq.	col mainten fermé.
22	IX-05 3680-23.	M. K., 19 ans entrée 4-IX sortie 30-IX.	I pare.	depuis 2 semaines vomissements.	1 ^{er} accès (10 min.) entre 7 ^h et 8 ^h . 2 ^d accès entre 10 ^h et 10 ^h 30' durant le transport, 1 accès à la station.	
23	IX-05 4146-182.	S., 18 ans entrée 25-IX sortie 11-X.	I pare.	dep. 2 semaines cé- phalalgies, douleurs dans l'abdomen, vomissements.	6 acc. éclamptiques (de 6 à 8 ^h) 1 accès à 8 ^h 30'.	col mainten fermé.
24	X-05 19.	A. W., 19 ans entrée 3-X sortie 22-X.	I pare.	dep. 3 jours maux de tête; alb. 3 ‰.	12 accès éclamp- tiques durant la nuit et la matinée.	coma, col ef- orifice ext perméable doigt; 10015', 5 ‰
25	X-05 4351-109.	M. H., 25 ans entrée 18-X sortie 4-XI.	I pare.		18-X, 9 ^e trouvé dans son lit avec accès, suit un 2 ^d accès.	col mainten fermé, a 12 ‰.
26	X-05 4785-157.	H., 20 ans entrée 25-X transférée le 1- XI à la clinique psychiatrique.	I pare.	depuis 2-3 mois œ- dèmes des pieds, vomissements ra- res. 25-X, alb. 12 ‰.	25-X, de 17 ^h 30' à 19 ^h 30', 10 accès; entrée à la clini- que à 19 ^h 30'; de 19 ^h 30' à 20 ^h 30' 3 accès.	orifice ext fermé.

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
7-VII, extraction difficile; asphyxie de l'enfant; asphyxie de la mère (chloroforme ou éclampsie?); durant 1 ^{re} 45' l'utérus ne veut point se contracter; hémorragie, puis extraction manuelle du placenta et tamponnement.	mère †, 12 ^h 15'. Autopsie: lésions de l'éclampsie: perforation utérine pas en rapport avec la plaie opératoire, perforation utérine de 1 1/2 cm. de long, à la partie postérieure au niveau de l'orifice interne du col voisinage imbibé de sang; à la face interne de l'utérus correspondant à perforation vue du côté du péritoine, déchirure de 2 1/2 cm. de long...	† 53 cm. 3700 grs.
	plus d'accès; évolution apyrétique.	† 30 cm. 1800 grs.
21-VIII, incision vaginale.	plus d'accès; au cours des 8 premiers jours, 4 élévations de t [°] entre 38 ^o 5 et 39 ^o ; au 10 ^e jour, 40 ^o 2; aux 11 ^e et 12 ^e jours, 38 ^o 2, puis évolution apyrétique.	† 49 cm. 2350 grs. asphyctiq. n'est pas ranimé.
4-IX, épisiotomie; 2 déchirures vaginales; légère déchirure cervicale par les Museux; suture secondaire; tamponnement utérin.	plus d'accès; évolution apyrétique.	53 cm. 3470 grs. † le 6-IX (crampes).
25-IX, 7 ^o , typique, hémorragie, tamponnement utérin.	encore 1 accès à 14 ^o , puis plus. évolution apyrétique, 26-IX, 3 ‰ alb.. à sa sortie, rétablissement 3 ‰ alb. après que le 5-X il y a eu 1/2 ‰.	† 43 cm.
3-X, 11 ^h 45', comme la version présente des difficultés particulières, perforation; déchirures vésicale, vaginale et périnéenne.	3-X, encore 1 accès à 13 ^h 15' et à 15 ^h 13'. 4-X, 4 ^h 45', 5 ‰ alb., 11 ^h , 2 ‰. durant 18 jours, t [°] entre 37 ^o 5 et 38 ^o 5; plaies vaginale et périnéenne guéries par 2 ^{de} intention.	40 cm.
18-X, 17 ^h , perforation, extraction manuelle du placenta par l'introduction de la main; rupt. périnéenne II ^o , tamponnement utérin.	plus d'accès; évolution apyrétique.	† 30 cm.
25-X, à 21 ^h 15'.	25-X, à 22 ^h 30', 14 ^e accès, chloral, morphine, t [°] entre 37 ^o 5 et 38 ^o 5. 26-X, alb. 6 ‰; 27-X, 2 ‰ alb., 820 cc. urine, 27-X, 10 ^h 30', 1 ‰ alb., 1 ‰ 500 cc. urine. 28-X, accès à 16 ^h , 19 ^h , 19 ^h 45', 22 ^h 30', 22 ^h 40', chloral. 29-X, excitation; au 7 ^e jour, transférée à la clinique psychiatrique pour troubles mentaux.	46 cm. 2200 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
27	XI-05 5. 76-2.	L. R., 26 ans entrée 8-XI sortie 29-XI.	I pare.	dans les dern. mois, céphalalg. et maux de reins; depuis le 6-XI, œdèmes.	8-XI, à 12°, 1 ^r accès, après 2° un se- cond accès suit.	col maintenu fermé, alb. ‰, depu- jours plus mouvement fœtaux.
28	XI-05 189.	E. M., 18 ans entrée 28-XI sortie 15-XII.	I pare.	depuis 2 semaines, œdème des pieds, depuis 8 jours, vo- missements; dans la nuit du 27-28, œdème de la vulve; 28-XI, vertiges.	28-XI, dans la ma- tinée, 1 ^r accès, un 2 ^d accès après 2°.	col mainten orifice exte- perméable à doigt.
29	XI-05 193.	E. K., 26 ans entrée 28-XI † 29-XI.	I pare.	depuis 5 semaines, céphalalg., papil- lotage; depuis 4 semaines, œdème des pieds; depuis 8 jours, œdème de la face.	28°-XI, 4 accès à 13°, 17°, 19° 30'.	col maintenu fermé.
30	I-06 127.	M. P., 24 ans entrée 18-I sortie 3-II.	I pare.	17-I, maux de tête, troubles de la vue.	18-I, à partir de 12°, 3 accès éclamp- tiques, le 3 ^e à 14° 40'.	col maintenu fermé, alb. ‰.
31	I-06 167.	A. M., 20 ans entrée 26-I.	I pare.	céphalalgies.	26-I, de 21° au 27-I à 1° 15', 6 accès éclampsiques.	col maintenu partie permé- ble à 1 doigt 1° 15', essai mètre-urys échoue.
32	I-06 183.	A. K., 20 ans entrée 29-I sortie 17-II.	I pare.		du 28 au soir jus- qu'au 29 après- midi, 10 accès éclampsiques.	col mainten perméable à doigt.
33	I-06 199.	W., 32 ans entrée 30-I 3-II, transféré.	I pare.		30-I, de 14° à 22°, 8 accès éclamp- tiques.	col mainten perméable à doigt.
34	II-06 81.	W., 35 ans entrée 9-II † 11-II.	V pare, 4 accouchem. à terme.	œdèmes. 2-II-06, 17°, 12 ‰ alb.,	le 9-II, jusqu'à 12°, 4 accès éclamp- tiques.	

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
1° 45', fœtus macéré, au cours de l'extraction, la tête se détache et est extraite ultérieurement après perforation.	après l'opération, alb. 24 ‰; plus d'accès. 9-XI, 30, alb. 40‰. 18-XI, 80, alb. 20‰. légères élévations thermiques, 38° et 38°2, au cours des 5 premiers jours. Guérison col bien fermé.	macéré 32 cm.
typique le 28-XI; épisiotomie, tamponnement utérin.	plus d'accès. Evolution apyrétique.	41 cm. 1740 grs.
8-XI, version extraction; forte hémorragie, tamponnement utérin.	plus d'accès. 31-XI, 10, râles trachéaux, respiration, 50; respiration artificielle. 4°, †, avec les symptômes de paralysie du centre respiratoire. Autopsie pas faite.	47 cm. 2600 grs.
typique le 18-I, à 180; tamponnement utérin.	plus d'accès. Evolution apyrétique.	44 cm. 1900 grs.
7-I, typique; tamponnement utérin.	27-I, à 30, encore 1 accès; à 12°30', 3 accès très courts. durant les 3 premiers jours évolution apyrétique, ultérieurement?	40 cm. 1400 grs., † le 28-I.
9-I, forte hémorragie hors d'une déchirure vaginale; tamponnement utérin.	plus d'accès. Au moment de l'éloignement du tampon utérin, le jour suivant, s'éliminent 5 sutures de catgut; le 3 ^e jour élévation de t° de 48°5, puis évolution apyrétique; troubles psychiques. 17-II, bords de la plaie cervicale déhiscent.	46 cm. 2030 grs.
10-I, à 22° 20', 1 accès asphyctique durant 1-II, 3 accès. l'opération; forte déchirure vaginale (au 3-II, 3 accès. niveau de la section prophylactique) tamponnement utérin.	31-I, 6 accès. 10-II, 3 accès. 2-II, 6 accès. 3-II, 3 accès. 10 fébriles variables: le 18-II, 38°7; le 21-II, 38°2; le 27-II, 39°5. Bronchite le 1-III, cystite. au niveau de la plaie vaginale, recessus où la sonde pénètre 10 cent. en hauteur. Evolution ultérieure?	45 cm. 2130 grs. † le 4-II.
typique le 9-II, à 12°; pas d'hémorragie notable.	plus d'accès. 10-II, 100, 80‰, alb. 23°30', 120‰; t°, 40°3. 11-II, 80, t° 39°9; à partir du 10-II, 10°, respiration superficielle, 52, râles bronchitiques sur les 2 poumons; †, 18°45', avec les symptômes de paralysie respiratoire et cardiaque. Autopsie: Pneumonie catarrhale des 2 lobes inférieurs, néphrite chronique; dans le Douglas antérieur dans la paroi utérine une déchirure du péritoine de la grandeur d'une pièce de 2 Mk avec un petit coagulum sanguin.	† 40 cm. 1290 grs.

N°	DATE. N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
35	II-06 185.	Z, entrée 22-II sortie 7-III.		œdèmes.	a eu plusieurs accès éclamptiques. 23-II, 10° et 12°, 2 accès éclamp- tiques.	col effacé, d comme pièce de 2
36	III-06 7955-178.	K., 22 ans entrée 24-III sortie 10-IV.	I pare.	œdèmes, alb. 12°/100.	2 accès éc'amp-tiq.	orifice exte pièce de 5
37	IV-06 593-224.	H. entrée 26-IV sortie 18-V.	I pare.	25-IV, œdèmes des pieds, céphalal- gies.	26-IV, 9° à 17° 30', 16 accès éclamp- tiques.	col mainten fermé, to 3
38	V-06 905-73.	H., 28 ans entrée 8-V sortie 26-V.	I pare.	œdèmes.	entre 18° et 18° 20', 2 accès.	orifice exte fermé, a 9°/100.
39	X-06 4356-77.	S., 19 ans entrée 9-X sortie 24-X.	I pare.	7-X, œdèmes appa- raissent et augmen- tent rapidement.	10-X, 6° 30' à 7° 15', 4 accès éclamp- tiques.	col maint perméable doigt.
40	XI-06 5112-103.	S., 27 ans entrée 13-XI † 18-XI.	I pare.	au mois d'août, cé- phalalg. violentes et vomissements; même chose dans les dern. temps.	du 14-XI au 15-XI, une douzaine d'ac- cès éclamptiques.	col mainten fermé.
41	XI-06 5196-132.	S., 24 ans entrée 18-XI transférée le 9-XII.	V pare, 4 avortements.	céphalalgies.	dans la nuit du 14 au 15, 1 accès éclamp-tique, puis le 18-XI 1 accès à 8° 30' et 1 accès à 10° 30'.	col mainten fermé.
42	I-07 24.	C., 40 ans entrée 4-I sortie 16-I transfér. station médecine in- terne.	III pare. un accouche- ment norm. 1 avortement.	œdèmes.	4-I, 5 accès éclamp- tiques.	pas de doule
43	I-07 6494-138.	B., 27 ans entrée 19-I sortie 7-II.	I pare.	œdèmes.	19-I, 8 accès éclamp- tiques.	col maintenu fermé.

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
22-II, 2°, forceps; rupture périnéenne, tamponnem. utérin.	23-II, 12°45', 1 accès (épileptique?) le 6 ^e jour, t° 38°2; puis évolution apyrétique; col entièrement guéri, normal.	43 cm. 1700 grs. † le 5-III.
24-III, typique, épisiotomie.	plus d'accès. 25-III, alb. 18°/100. 28-III, alb. 1 3/4 °/100. du 6 ^e au 14 ^e jour, t° entre 37° et 39°2; 6 ^e et 8 ^e jour, t° de 39° et 39°2; symptômes pulmonaires.	† à 16°. 42 cm. 1500 grs.
26-IV, typique, tamponnement utérin.	plus d'accès. Evolution apyrétique.	† le même jour. 42 cm. 1500 grs.
28-V, 18° 20', blessure de la vessie.	28-V, 18°, 1 ^{er} accès, un 2 ^d accès suit; évolution apyrétique. Bonne guérison du col.	46 cm. 2140 grs. † 24-V.
29-X, typique: à l'extraction les bras font des difficultés parce que les épaules demeurent fixées à des parties molles œdémateuses.	plus d'accès. une élévation thermique de 38°2 au 5 ^e jour; puis évolution apyrétique. Bon rétablissement des parties cervicales.	† 50 cm. 2500 grs.
15-XI.	plus d'accès. symptômes de péritonite au 3 ^e jour; Pouls 200, t° 37°8; au 4 ^o jour, †. Autopsie: Péritonite circonscrite. Dans le foie foyers éclamptiques microscopiques. Cystitis nécroticans (communication du vagin avec la vessie), pleurésie, embolie d'une des branches de l'artère pulmonaire. Infarcts septiques dans le poulmon.	41 cm. 1370 grs.
18-XI, typique; tamponnement utérin.	plus d'accès. Sauf une élévation de t° de 38° au 8 ^e jour, évolution apyrétique.	† après 30' 43 cm. 1620 grs.
typique; placenta prævia (marginata?).	plus d'accès. fièvre les 2 premières semaines, entre 37°8 et 38°5; les bords de la plaie cervicale sont déhiscents.	38 cm. 970 grs. † le 6-1.
typique le 19-I; épisiotomie; décollement manuel du placenta. L'enfant est né après 4 minut., tonte l'opération a duré 25 minutes.	plus d'accès. 5 ^e jour t° 38°; 10 ^e et 11 ^e jour t° 39°3 et 39°; 12 ^e jour 38°5; 13 ^e jour 37°8; puis chute définitive. Les 2 premières semaines t° fébrile entre 37°5 et 39°2; puis chute définitive; plaie vaginale n'est pas guérie, le 29 quelques fils de la suture vaginale ont coupé; à la sortie le col est bien fermé.	49 cm. 2660 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS À L'ENTRÉE
44	I-07 6507-141.	N., 23 ans entrée 19-I sortie 5-II.	I pare.	céphalalgies, troubles visuels, œdèmes.	19-I, 1 accès éclamptique.	Utérus extraordinairement développé, alb. 12 0/100.
45	II-07 6781-3.	M., 18 ans entrée 1-II sortie 10-II.	I pare.	vomissements, œdèmes.	1-II, de 1° à 4° 30', col maintenu 4 accès éclamptiques.	fermé.
46	II-07 7173.	E., 31 ans entrée 17-II sortie 10-III.	I pare.	pas de prodrômes. alb. 3 0/100.	17-II, de 4° à 12°, col maintenu 5 accès éclamptiques.	perméable doigt.
47	II-07 210.	R., 18 ans entrée 25-II † 28-II.	I pare.	céphalalgies.	24-II, en 12° envir., 24 accès éclamptiques.	col maintenu fermé.
48	II-07 7161-43.	B., 19 ans entrée 6-III sortie 29-III.	I pare.	œdèmes, céphalalgies, troubles visuels, vertiges.	6-III, de 10° à 17°, col effacé, ori- entre 20 et 30 ac- perméable cès éclamptiques. doigt.	
49	III-07 7596-50.	S., 22 ans entrée 7-III sortie 7-IV.	I pare.	troubles visuels subits.	7-III, un accès col maintenu éclamptique.	fermé.
50	III-07 7868-161.	R., 22 ans entrée 18-III sortie 31-III.	I pare.	œdèmes, céphalalg.	18-III, 3 accès écl.	col perméable 1 doigt.
51	IV-07 106-35.	Z., 18 ans entrée 4-IV sortie 20-IV.	I pare.	œdèmes, céphalalgies, vertiges, troubles visuels.	4-IV, 5 accès écl.	col maintenu fermé.
52	IV-07 112-41.	V., 35 ans entrée 5-IV-07 sortie 20-IV-07.	I pare.	œdèmes des pieds, des mains, de la figure, vomissements.	2 accès.	col maintenu fermé.
53	IV-07 448-155.	R., 19 ans entrée 17-IV sortie 11-V.	I pare.	pas de symptômes prodrômaux, forte teneur de l'urine en albumine.	17-IV, 4 accès écl.	col maintenu fermé.
54	V 07 141.	K., 20 ans entrée 18-V † 27-V.	I pare.	céphalalgies.	18-V, 2 accès écl. 3e à 10 20', 4e à 1° 35'.	col maintenu fermé.

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
9-I, jumeaux; déchirure latérale du col et déchirure vagin., suture, épisiotomie, tamponnement utérin.	plus d'accès; plaie vaginale suppure; les 9 premiers jours 1 ^o entre 37°5 et 39°2, puis évolution apyrétique.	filles, 49 cm. 2500 grs. garç., 47 cm. 2440 grs.
rupture périnéenne II ^o .	encore 2 accès le même jour. Evolution apyrétique.	† 34 cm..
7-II, à 12° 30', typique. épisiotomie, tamponnement utérin et vaginal.	plus d'accès. Evolution apyrétique.	48 cm. 2600 grs.
5-II, typique, naissance de l'enfant à 11 ^o environ.	25-II, accès à 4° 45', 4° 55', 5° 5', 6° 10', 7° 20', 7° 30', 9° 25', 10° 30'. 26-II, accès à 2° 45' et 14°; 1 ^o oscille de 38° 5' à 40° 3'. 28-II, 19° 50. † Autopsie: Bronchopneumonie dans le lobe inférieur droit, infarctus septiques, foyers éclamptiques dans le foie.	38 cm. 1990 grs.
-III, à 5°, décollement manuel du placenta	apparemment plus d'accès; évolution apyrétique. Fistule vésico-vaginale.	50 cm. 3200 grs.
-III, déchirure vaginale et périnéenne, tamponnement utérin.	plus d'accès; le même jour; troubles visuels disparaissent durant 3 semaines, 1 ^o fébrile entre 37° et 39°; puis guérison. Déchirure périnéenne persiste à l'exception d'une mince lamelle de peau, la séparant du gros intestin. plaie vaginale en granulation.	48 cm. 2870 grs.
8-III, large incision vaginale, tamponnement utérin.	plus d'accès; le 7 ^e jour. P. 140, 1 ^o 36°; puis chute lente. plaie de l'épisiotomie n'est pas bien guérie. Sortie: col perméable à 1 doigt.	53 cm. 3850 grs.
-IV, épisiotomie, tamponnement utérin.	plus d'accès. du 5 ^e au 6 ^e jour, 1 ^o oscille de 37°5 à 38°7; puis évolution apyrétique. Episiotomie n'est pas bien guérie.	52 cm. 3340 grs.
-IV, typique, épisiotomie.	du 4 ^e au 6 ^e jour. P. 120; le 10 ^e jour encore Pouls 120, cède à la caféine.	† 45 cm. 2000 grs.
7-IV, perforation, décollement manuel du placenta, tamponnement utérin.	plus d'accès; les 6 premiers jours 1 ^o jusque 39°2; le 5 ^e et le 6 ^e jour, 1 ^o 39°2 et 38°7; puis évolution apyrétique. Sortie: col perméable à 1 doigt.	† 30 cm..
8-V, déchirure vaginale, rupture périnéenne II ^o , tamponnement utérin.	plus d'accès. 3 jours de lucidité le 23, 24, 25, puis coma; à partir du 3 ^e jour, 1 ^o oscille entre 38°5 et 39°9; † le 27-V. Autopsie: Endométrite septique, plaie infectée du vagin, phlegmon du tissu du bassin allant de façon sous-péritonéale jusqu'aux reins.	53 cm. 3720 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
55	V-07 1185-144.	H., 26 ans entrée 18-V † 23-V.	I pare.	œdèmes, dep. 3 jours vomissements, depuis hier amaurose.	18-V, de 10° à 14°, 12 accès éclamptiques.	col maintenu fermé.
56	VI-07 29.	M., 25 ans entrée 4-VI † 5-VI.	I pare.	depuis le 5 ^e mois œdème des pieds jusqu'au 6 ^e mois très accentué, puis très réduit.	30 accès, 6°, 2 ^d accès, de 6° 30' 10 accès, pendant le transport 2 accès et rupture de la poche des eaux; à la clinique: accès à 11°, 11° 30', 11° 45', 12° 15', 12° 40', 12° 50'.	col maintenu perméable, doigt, urine forte teneur albumine, 12°/100, t° 36°
57	VI-07 1735-121.	K., 23 ans entrée 11-VI sortie 28-VI.	I pare.	depuis 1 mois œdème des pieds, puis régression; il y a 8 jours développement plus fort.	17°, accès éclamptique.	17° 15', orifice externe presque entièrement fermé.
58	VII-07 2211-5.	H., 24 ans entrée 1-VII † 2-VII.	I pare.	au cours des dern. mois, œdèmes prononcés, céphalalgies.	1-VII, 4 accès écl., pendant le transport, 2 à la clinique de 12° à 12° 20, morsure de la langue.	col maintenu fermé.
59	VII-07 14.	N., 24 ans entrée 2-VIII. sortie 19-VIII.	I pare.		2-VIII, de 7° à 10°, 6 accès éclamptiques, alb. 7°/100.	col effacé, orifice dilaté comme pièce de 3 l.
60	IX-07 11.	E. C., 22 ans entrée 2-IX sortie 16-IX.	I pare.	œdèmes dep. 8 jours; céphalalgies; dep. 3 jours, insomnie, irritabilité.	2-IX, de 1 à 12° 45', 5 accès éclamptiques.	
61	IX-07 3666-67.	W., 18 ans entrée 10-IX sortie 22-IX.	I pare.	il y a 3 semaines, œdème de la fig.; dep. quelq. jours céphalalgies.	10-IX, de 20° 30' à 8° 40', 7 accès éclamptiques.	
62	IX-07 3805-120.	S., 20 ans entrée 17-IX sortie 27-IX.	I pare.	depuis 15 jours, œdèmes, céphalalgies, troubles visuels, vomissements.	17-IX, de 18° à 20° 45', 4 accès écl.	col maintenu fermé.

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
8-V, tamponnement utérin.	le 18-V, encore 9 accès; le 19-V, encore 2 accès. 1 ^o oscille, les jours suivants entre 38°5 et 39°9. 22-V, 4 litres eau physiologique. † le 25. Autopsie : Pneumonie fibrineuse dans le lobe supérieur gauche, pneumonie commençante dans le lobe inférieur, œdème pulmonaire, abcès purulent au-dessus de la paroi vaginale antérieure, endométrite débutante.	49 cm. 2825 grs.
-VI, 12° 50', Césarienne vaginale typique, épisiotomie.	1 accès, après l'opération à 1° 50'; plus d'accès. 5-VI, 1° 40°9. Pls. 170. † à 23° 45', dans le coma. Autopsie : Œdème pulmonaire, bronchite diffuse, foyers éclamp- tiques, dégén. parenchymateuse des 2 reins.	43 cm. 1700 grs. †
16-VI, 17° 15', épisiotomie, tamponnement du vagin.	plus d'accès; les 5 premiers jours 1° de 38°2; puis évolution apyrétique. Bords de la plaie cervicale déhiscent.	41 cm. 2850 grs.
1-VII, 12° 20', déchirure longitudinale de la vessie de 2 cm, déchir. périnéenne II°.	2-VII, 1° 39°2, encore 15 accès. jusqu'à la mort, le 2-VII à 0° 30'. Autopsie : Dégénérescence parenchymateuse des reins : bronchopneumonie double.	50 cm. 8300 grs.
le 2-VIII, épisiotomie, tamponnement utérin.	2-VIII, encore 1 accès à 14° 30'. 3-VIII, alb. 7°/100. 4-VIII, 6°/100 à 21° 10°/100. Les 5 premiers jours, 1° de 38° et 38°5; puis évolution apyrétique. Le 16-VIII, une portion de la paroi cervicale antérieure est éliminée, (nécrose).	51 cm. 3750 grs.
2-IX, perforation, drain en verre dans le col.	plus d'accès. Stase lochiale et légère cystite. Irrigations de la vessie, 3 ^e jour, 1° 39°5; puis 5 jours, 1° fébrile oscille entre 38° et 39°; puis évolution apyrétique. A la sortie le col est en bon état.	35 cm. 1000 grs
10-IX, 22° 30', l'incision vaginale a légèrement été déchirée plus loin, légère déchirure utérine.	encore 6 accès à 12° 45', 18° 7', 14°, 17°, 19° 40'. 11-IX, à 8° 45', 2°/100, alb.. 12-IX, à 5°, 1/4°/100 alb.. Deux élévations de 37°8; puis évolution apyrétique.	48 cm. 2900 grs. † ultérieurement.
17-IX, rupture périnéenne II°, tamponnement utérin, alb. 7°/100.	plus d'accès. durant une semaine, 1° de 38° et 38°2, cystite, irrigation de la vessie avec nitrate d'argent; puis évolution apyrétique.	48 cm. 2550 grs.

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTRÉE
63	XII-07 5381-69.	S., 24 ans entrée 9-XII † 7-XII.	I pare.	œdèmes, accès (éclamptiques?) durant la grossesse.	du 6-XII midi jus- qu'au 7-XII 100, une trentaine d'accès éclamp- tiques.	col mainte- permeable à doigt, tracé d'alb. be- coup de cyl- dres gran- leux.
64	I-08 9.	G., 31 ans entrée 1-I † le 1-I.	II pare, 1 accouche- ment normal.	œdème des pieds depuis 2 jours cé- phalalgies.	subitement pendant le travail 1 accès, jusqu'à son entrée 3 nouveaux accès, à la clinique en- core 6 accès.	col maintenu fermé.
65	III-08 8262-261.	M., 28 ans entrée 30-III sortie 13-IV.	I pare.	dans les dern. temps œdèmes, durant toute la grossesse vomissements, derniers 15 jours analyse d'urine, alb. 0, maintenant alb. +.	30-III, 60, accès, 120 30', col mai- 60 50', 2d accès, tenu et ferm alb. 14 0/100.	
66	V-08 1273-188.	G., 20 ans entrée 22-V † le 31-V-08.	I pare.	depuis 5 semaines œdèmes, cépha- lalgies avant le 1 ^r accès.	les 2 premiers accès au dehors le 3 ^e et le 4 ^e à l'entrée, 30 10', 5e accès.	col maintenu fermé.
67	VI-08 1657-61.	J., 25 ans entrée 8-VI-08 sortie 25-VI-08.	I pare.	depuis 8 jours œdè- me des pieds, le matin à 7 ^h , maux de tête, vomisse- ments.	80, 2 accès éclamp- tiques.	entrée à 15 ^h 30, inconscien- presqu'abs- lue, alb. 30,

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
3. 100, tamponnement encore une quarantaine d'accès; puis mort. utérin.	Autopsie : Lobes inférieurs des poumons hépatisés, nombreux foyers jaunes dans le foie sous la capsule.	† 30 cm. 1200 grs.
I. incision cervicale antérieure. Uterus est vide. Une incision cervicale postérieure ouvre les membranes. Extraction de l'enfant. Hemorragie. Décollement manuel du placenta; l'utérus (gros comme un poing), est situé entre la symphyse et la poche contenant fœtus et placenta; tamponnement de la cavité ainsi reconnue. Durant l'essai d'hystérectomie vaginale totale la femme †.	Autopsie : Grossesse tubaire, les multiples adhésions péritonéales et intestinales avaient nettement délimité une cavité.	45 cm. 2540 grs.
o-III. vagin très étroit, plus d'accès; version extraction I-IV, trace d'albumine. difficile. Enfant asphyctique est ramené, paroi vaginale postérieure est décollée dans la longueur sur une grande étendue. L'épisiotomie s'est aussi déchirée plus loin, le sphincter est en grande partie déchiré; tamponnement utérin.	6 ^e et 9 ^e jour, élévation de t° de 39°7 et 39°. bonne guérison des plaies.	48 cm. 2850 grs.
2-V. vagin étroit et rigide, version et extraction: déchirure vaginale profonde à gauche, déchirure périnéenne, enfant asphyctique n'est pas ramené: l'incision cervicale est que peu déchirée à droite: naissance de l'enfant à 4 ^h 30.	plus d'accès. 23-V, alb. 1/20/00; 24-V, alb. trace; 27-V, matité pulmonaire des 2 côtés jusqu'à l'épine de l'omoplate. 28-V, t° de 39°3; 29-V, t° 39°2; 30-V, t° 38°6; 31-V. à 1 ^h 45 ⁺ , † Autopsie: Endométrite septique, piophlébite des veines paramétrales, déchirure vaginale, abcès et infarcts septiques du poumon gauche, bronchite purulente des 2 côtés, dégénérescence du cœur et des reins, goitre colloïde, thromboses dans les veines caves et dans les veines rénales.	44 cm. 1950 grs.
4-VI. version et extraction, incision cervicale ne dépasse que légèrement l'orifice interne du col, extraction lente, pas de déchirures plus intimes, rupt. périnéenne, naissance de l'enfant à 4 ^h 30.	plus d'accès. 9-VI, urine, alb. 40/00 et 1/40/00. une élévation de t° de 38° au 5 ^e jour	44 cm. 1950 grs.

N ^o	DATE N ^o du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATUS A L'ENTR
68	VIII-08 3150-69.	B., 25 ans entrée 9-VIII. † 11-VIII.	II pare, avortement (3 ^e mois 1907).	dès le début de la grossesse céphalalgies, papillotage. Depuis le 4 ^e mois vomissements; dep. 2 mois œdème des jambes et des mains. 9-VIII, 3 ^e . la malade tombe dans sa chambre, perte de connaissance; 7 ^e , tremblements de tout le corps, elle ne reconnaît plus ses proches.	9 ^o , 3 ^e accès éclamptique.	col maint orifice ex perméabl doigt.
69	VIII-08 3585-228.	W., 23 ans entrée 27-VIII sortie 19-IX.	I pare.	nausées, vomissements, il y a 4 sem. légère hémorragie durant 6 jours, durant la nuit du 26-27 céphalalg.	27-III, 3 accès.	col mainte fermé.
70	X-08 4862-178.	S., 25 ans entrée 22-X † le 23-X.	IV pare, 1905, 1 accou- chemt nor- mal; 1 accou- chement pré- maturé (8 ^e m.) 1 avortement.	depuis 3 jours, cé- phalalgies, verti- ges, 12 % alb.	20-X, 1 accès. 21-X, 1 accès; avant l'entrée 5-6 par heure (de 4 ^o à 7 ^o) entrée 22-X; avant la délivrance en- core 8 accès.	
71	X-08 5663-222.	E., 44 ans entrée 28-X sortie 16-XI-08.	I pare.	dep. 10 jours œdème des membres, dep hier céphalalgies.	à 6 ^o , accès; jusque 16 ^o 5 accès.	col mainte fermé.
72	XI-08 5596-73.	W., 23 ans entrée 5-XI sortie 6-XII.	I pare.	dep. 3 semaines œdème croissant des jambes. Depuis plus d'une se- maine troubles visuels, la nuit précédente, dou- leurs dans les reins, le matin vomissements. augmentation des trou- bles visuels.	pendant le transport 3 accès; à la cli- nique accès à 18 ^o 25', 18 ^o 35', 18 ^o 38'.	col mainte fermé, hy- pisie. P. 1 ^o 38 ^o , alb. 7
73	XI-08 5464-125.	Z., 21 ans entrée 16-XI sortie 17-XII.	I pare.	prodrômes.	16-XI, 10 accès; 4 accès suivent; entrée; acc. violent à 10 ^o 10', accès à 10 ^o 20', 10 ^o 45', 11 ^o 30'.	
74	XII-08 6234.	C., 30 ans entrée 23-XII sortie 7-I-09.	I pare.	depuis quelques se- maines œdème des jambes; même jour œdème de la figure et papillo- tage.	23-XII, 100, accès, 10 ^o 30', 2 ^e accès, morphine,	col mainte orifice ext fermé, 1 ^o 3 alb. 10 %

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
VIII. 10° 30', typique, version extraction, décollement manuel du placenta, blessure de la paroi vésicale postérieure, suture, tamponnement utéro-vaginal.	plus d'accès, coma ; nitrate de strychnine, physostygmine 2 seringues. 10-VIII, t° 39°2. Pouls 135. 11-VIII, t° 39°2. Pouls 140. dans la nuit du 11-12 †.	49 cm. 2940 grs.
7-VIII, typique, tamponnement utéro-vaginal.	27-VIII, 15° 30', 14 ‰ alb. ; 28-VIII, plus d'accès, 1 ‰ alb. ; 4 ^e et 5 ^e jour, élévation de t° de 38°5 et 39°2 ; à la sortie : col normal.	50 cm. 3020 grs.
12-X, césarienne vaginale, version et extraction, pendant l'opération on peut observer 4 accès.	après la délivrance, encore 10 accès, t° 39°3. Pouls 150. 23-X, 9°30. Exitus. Autopsie : Foyers bronchopneumoniques dans les 2 poumons, hyperémie et œdème du cerveau, persistance du thymus.	36 cm. 1500 grs.
8-X, colpeuryse, déchirure vaginale, césarienne, version et extraction, perforat., épisiotomie, rupture, périnéenne de III°.	plus d'accès ; le 6 ^e jour, une t° de 38°. 29-X, trace d'albumine.	47 cm. 3350 grs.
XI, l'introduction de la main pour effectuer la version provoque une déchirure périnéenne III°, déchirure vaginale, tamponnement utérin et vaginal, délivrance 20° 30'.	6-XI, accès à 8° ; plus d'accès. 7-XI, alb. 1 1/2 ‰ ; 8-XI, 1/4 ‰. 20-XI, une t° de 40° suivie aussitôt de chute, cystite.	49 cm. 3030 grs.
20 45', enfant asphyctique ne peut être ranimé.	accès à 17° 25', 18° 50', 19° 30'. 17-XI, 1200 cc. urine 11 ‰ alb. 18-XI, t° 38°2, alb. 1 1/4 ‰ ; rétablissement. 15-XII, 1/4 ‰ alb..	
13-XII, 17°, version, extraction.	plus d'accès.	† 30 cm..

N°	DATE N° du registre	NOM	? PARE	PRODRÔMES	ACCÈS	STATU A L'ENTR
75	I-09 6455-121.	S., entrée 14-I-09 sortie 31-I-09.	I pare.	subitement œdème des mains, des pieds, de la figure, pas de céphalal- gies, pas de papil- lotage; entr.: 14-I, au matin subite- ment céphalalgies violentes.	14-I, 9° 30', accès; 11° 15', accès; alb. 12 °/100.	
76	III-09 8350-121.	M., 19 ans entrée 13-II sortie 28-III.	I pare.	œdème des jambes, pas d'autres pro- drômes.	7-III, 17°, accès, 20°, acc. durant la nuit, 3 accès; 8-III. retourne à la besogne, toute la se- maine normale; 18-III, 0° 30', accès; 2 autres suivent, le matin vomissements, amaurose; 11°, 9° acc., 13° 30', accès; entrée à la clinique.	1°, 37° 8 alb. + Pouls 84-98

CÉSARIENNE VAGINALE	ÉVOLUTION DE LA MALADIE	ENFANT
4-I, opération rendue difficile par l'œdème des parties molles, étroitesse du vagin, extraction du 1 ^r enfant fait une déchirure gauche, l'enfant asphyctique est ranimé; 2 ^d enfant bien vivant; déchirure vaginale.	plus d'accès; à la sortie, le col semble bien perméable à un doigt.	47 et 45 cm. 2500 et 1800 grs.
3-III, 13 ^o 30', typique.	le soir, 24 $\frac{0}{100}$ alb., plus d'accès. 14-III, 8 $\frac{0}{100}$. du 3 ^e au 9 ^e jour, 4 élévations de t ^o entre 38° et 39°; rétablissement normal.	43 cm. 2000 grs.

Titres scientifiques de l'auteur :

- Lauréat du concours universitaire, 1903-1905 — sciences pathologiques.
- Lauréat du concours universitaire, 1906-1908 — sciences obstétricales.
- Lauréat du concours universitaire, 1907-1909 — sciences médicales proprement dites.
- Classé premier au concours des bourses de voyage, 1906.
- Prix triennal Deneffe (université de Gand) pour la médecine opératoire, 1908.
- Classé premier au concours Alvarenga de l'académie royale de médecine de Belgique, 1909.
- Membre actif de la société de médecine de Gand, de la société de gynécologie de Berlin, de la société belge de gynécologie.
-

Recherches personnelles de l'auteur.

Sur le domaine de la médecine générale :

- Contribution à l'étude de la lésion tuberculeuse.* Ann. de la Soc. de Méd. de Gand, 1907.
- Au sujet du rôle phagocytaire de la cellule géante.* Presse médicale, Paris, 1907, n° 72.
- Over de betrekking tusschen de virulentie van den tuberkelbacil en de lokalisering der door hem veroorzaakte aandoeningen.* Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, Amsterdam, 1907.
- Zur Wirkung des Kokains auf das Warmblüterherz mit besonderer Berücksichtigung der Extracystole* (mit Dr Kochmann). Arch. internat. de Pharmacodynamie et de Thérapie, 1907.
- Beitrag zum experimentellen und anatomo-pathologischen Studium der Augentuberkulose.* Virchow's Archiv. Berlin, Beiheft, 1907.
- Ueber die Wirkung abgetöteter Tuberkelbacillen im Tierkörper.* Verein für innere Medizin. Berlin, Dec. 1907.

- Zur Kenntniss der kutanen Impfpapel bei der Tuberkulosediagnose nach v. Pirquet.* Mediz. Klinik, Berlin, Januar 1908.
- Au sujet de l'action de bacilles colorés* (avec le Dr Devloo), Presse médicale. Paris, 1908, n° 72.
- Over eenen relatieven immuntoestand tegen Trypanosomen.* Vl. geneeskundig Kongres, 1908.
- Persoonlijke gegevens op het gebied van den proefondervindelijken kanker.* Vl. Geneesk. Kongres, 1909.
- Ueber Antagonismus zwischen den Trypanosomen-, Spirillen- und Carcinom-infekt.* Arch. für Hygiene, Berlin, 1910.

Sur le domaine spécial de l'obstétrique et de la gynécologie :

- Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Yohimbins auf den weiblichen Genitalapparat.* Berliner kl. Woch., 1907, n° 42.
- Yohimbin op gynaekologisch gebied,* Vl. Geneesk. Kongres, 1907.
- Over Ovarialorganome,* *ibid.*
- Contribution à la pratique des recherches bactériologiques en chirurgie.* Presse médicale, Paris, Janvier 1908.
- Un facies nouveau de néoformation histologique dans un organome de l'ovaire.* Bulletin de la Soc. belge de gynécologie. Février 1908.
- On the relations between the ovaries and the uterus.* Surgery, gynecology and obstetrics, 1908.
- Au sujet de l'étiologie de la môle hydatique.* Ann. de la Soc. de Médecine de Gand, 1908.
- Zur Streptokokkenhämolyse.* Berl. Gesellschaft für Gynaek., Juni 1908.
- Zur Histologie der Blasenmole,* Arch. f. Gynaek., Bd. 86., Berlin, 1908.
- Bijdrage tot de kennis van het uteruscarcinoom* (mikrosk. diagnose, bakteriologie, operatieve behandeling (met Dr Devloo)). Vl. Geneesk. Kongres 1908.
- Contribution à l'étude de l'état bactériologique du cancer utérin* (avec le Dr Devloo). La Clinique, Bruxelles, 1908.
- Beitrag zur Lehre der Ovarialorganome.* Arch. Gyn. Bd. 86, Berl., 1908.
- Au sujet du massage gynécologique.* Soc. méd. Gand, septembre, 1909.
- Bestaan er syncytiolysinen?* Vl. geneesk. Kongres, Brussel 1909.
- Over snelle en onmiddellijke verlossing.* Vl. geneesk. Kongres, Brussel, 1909.
- Momburg's bloedstelping op vroedkundig en gynackologisch gebied.* Geneeskundig tijdschrift voor België, Januari 1910.
- Kunstmatige ongevoeligheid op vroedkundig gebied.* Ibidem, Maart 1910.
- Ueber Eklampsie und vaginalen Kaiserschnitt.* Arch. f. Gynack, Berlin, 1910.

